

ESTADO DE NUEVA YORK PLAN DE SALUD Y RECUPERACIÓN MANUAL DEL MIEMBRO

Revisado en mayo de 2024

Este manual le informará cómo utilizar el plan MetroPlusHealth Enhanced.

Guárdelo donde lo pueda encontrar fácilmente cuando lo necesite.

ÍNDICE

BIENVENIDO

CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE SALUD Y RECUPERACIÓN	1
CÓMO USAR ESTE MANUAL.....	3
AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO.....	3
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD	4

PARTE I – Lo primero que debe saber

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP).....	5
ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN DEL HOGAR MÉDICO	7
ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL	8
CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS Y REMISIONES	10
OBTenga ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN <i>SIN</i> UNA REMISIÓN.....	13
EMERGENCIAS	15
ATENCIÓN DE URGENCIA	17
QUEREMOS QUE SE MANTENGA SALUDABLE	17

Manual – Parte 2 SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

BENEFICIOS	18
SERVICIOS CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN	18
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (BH HCBS) Y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y EMPODERAMIENTO ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE)	24
Beneficios que puede obtener de nuestro plan <i>O</i> con la tarjeta de Medicaid.....	32
Beneficios con su TARJETA DE MEDICAID únicamente	32
Servicios que NO están cubiertos	33
Autorización de servicios.....	34
Autorización previa	34
Plazos para solicitudes de revisión concurrente:	37
Cómo se les paga a los proveedores.....	39
Usted puede ayudar con las políticas del plan	40
Información de Servicios al Miembro	40
Manténganos informado	41
DESAFILIACIONES Y TRANSFERENCIAS	41
1. Si USTED desea dejar el plan MetroPlusHealth Enhanced	41

2. Puede que ya no cumpla con los requisitos para el Plan de Salud y Recuperación y el Plan de Atención Administrada de Medicaid.....	42
3. Podemos pedirle que abandone MetroPlusHealth Enhanced	42
4. Si usted pierde su cobertura de Medicaid: Es posible que los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro puedan ayudarlo.....	43
Apelaciones al plan	43
Apelaciones externas.....	48
Audiencias imparciales.....	49
Proceso de reclamos.....	52
Cómo presentar una queja ante el plan:.....	52
Qué sucede luego:.....	53
Apelaciones de quejas:	53
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO.....	55
Directivas anticipadas	56
Números de teléfono importantes	58
Sitios web importantes	60

Manual del miembro del Plan de Salud y Recuperación

BIENVENIDO al Plan de Salud y Recuperación MetroPlusHealth Enhanced

Nos complace que se haya inscrito en MetroPlusHealth Enhanced. MetroPlusHealth Enhanced es un Plan de Salud y Recuperación, o HARP, por sus siglas en inglés, aprobado por el estado de Nueva York. Los HARP son un nuevo tipo de plan que proveen a los miembros de Medicaid atención médica y también atención de la salud conductual. En este manual, se entiende por salud conductual los servicios de salud mental, de tratamiento por consumo de sustancias y de rehabilitación.

Somos un plan especial de atención médica que cuenta con proveedores con una amplia experiencia en el tratamiento de personas que pueden necesitar atención de la salud mental o por consumo de sustancias para mantenerse saludables. También brindamos servicios de administración de la atención médica para ayudarlo a usted y a su equipo de atención médica a trabajar en equipo para que usted pueda mantenerse lo más saludable posible.

Este manual será su guía para toda la gama de servicios de atención médica disponibles para usted.

Queremos asegurarnos de que tenga un buen comienzo como nuevo miembro de MetroPlusHealth Enhanced. Para conocerlo mejor, nos pondremos en contacto con usted en el transcurso de las próximas dos semanas. Podrá hacernos las preguntas que tenga o recibir ayuda para concertar citas. Si desea hablar con nosotros antes, simplemente llámenos al 800.303.9626. También puede visitar nuestro sitio web en metroplus.org/enhanced para obtener más información sobre MetroPlusHealth Enhanced.

CÓMO FUNCIONAN LOS PLANES DE SALUD Y RECUPERACIÓN

El plan, nuestros proveedores y usted

Seguramente habrá oído hablar de los cambios en la atención médica. Muchos consumidores obtienen sus beneficios de salud a través de atención administrada que ofrece un hogar central para su atención. Si usted recibe servicios de salud conductual presentando su tarjeta de Medicaid, es posible que ahora tales servicios estén disponibles a través de MetroPlusHealth Enhanced.

Como miembro de MetroPlusHealth Enhanced, usted tendrá todos los beneficios disponibles en Medicaid común y además podrá obtener servicios especializados para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Ofrecemos servicios ampliados para ayudarlo a mejorar su salud y a mantenerse saludable, así como también para ayudarlo con su recuperación.

MetroPlusHealth Enhanced ofrece servicios nuevos, llamados Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE, por sus siglas en inglés). Reemplazan parcialmente los Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS) y se ofrecen a los miembros que califican.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Los BH HCBS pueden ayudarlo a:

- Encontrar una vivienda
- Vivir en forma independiente
- Retomar la escuela
- Encontrar un trabajo
- Recibir ayuda de personas que pasaron por lo mismo
- Controlar el estrés
- Evitar crisis

Como miembro de MetroPlusHealth Enhanced también contará con un Administrador de Atención del Hogar Médico que trabajará con todos los proveedores de salud conductual y física para prestarle especial atención a todas sus necesidades de atención médica. El Administrador de Atención del Hogar Médico se asegurará de que usted reciba los servicios médicos, de salud conductual y sociales que necesite, por ejemplo, le ayudará a conseguir asistencia para la vivienda y alimentos.

Es posible que usted esté usando su tarjeta de Medicaid para obtener un servicio que ahora está disponible a través de MetroPlusHealth Enhanced. Si desea averiguar si un servicio que usted recibe actualmente lo brinda MetroPlusHealth Enhanced, comuníquese con Servicios al Miembro al 800.303.9626.

- Usted y su equipo de atención médica trabajarán juntos para asegurarse de que goce de la mejor salud física y emocional posibles. Podrá recibir servicios especiales para una vida saludable, como clases de nutrición y ayuda para dejar de fumar.
- MetroPlusHealth Enhanced tiene un contrato con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para satisfacer las necesidades de atención médica de las personas con Medicaid. A su vez, seleccionamos un grupo de proveedores de atención médica, de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias que nos ayuda a satisfacer sus necesidades. Estos médicos y especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, administradores de casos y otros centros de atención médica forman nuestra **red de proveedores**. Podrá acceder a un listado de estos profesionales en nuestro Directorio de proveedores. Si no tiene un Directorio de proveedores, comuníquese con Servicios al Miembro al 800.303.9626 para obtener una copia o visite nuestro sitio web en metroplus.org/enhanced.
- Cuando usted se inscribe en MetroPlusHealth Enhanced, uno de nuestros proveedores se ocupará de su atención. La mayoría de las veces, esa persona será su **Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés)**. Es posible que quiera elegir a un PCP de su clínica de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias. Si necesita realizarse una prueba, consultar a otro especialista o ingresar al hospital, su PCP hará los arreglos pertinentes.
- Su Proveedor de Atención Primaria está disponible para usted todos los días, día y noche. Si necesita hablar con su PCP fuera del horario de atención o durante los fines de semana, déjele un mensaje e indique la manera de ubicarlo. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Si bien su PCP es su principal fuente de atención médica, en algunos casos, usted puede consultar directamente a determinados médicos para recibir algunos servicios. Consulte la página 13 para obtener más información.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Puede estar restringido a ciertos proveedores del plan cuando:
 - recibe atención de varios médicos para el mismo problema
 - recibe atención médica con más frecuencia de la necesaria
 - usa medicamentos recetados de una manera que puede resultar peligrosa para su salud
 - permite a otra persona que no sea usted usar su tarjeta de identificación del plan

Confidencialidad

Respetamos su derecho a la privacidad. MetroPlusHealth Enhanced reconoce la confianza que debe existir entre usted, su familia, sus médicos y otros proveedores de atención.

MetroPlusHealth Enhanced nunca revelará su historial médico o de salud conductual sin su aprobación por escrito. Las únicas personas que tendrán su información clínica serán MetroPlusHealth Enhanced, su Proveedor de Atención Primaria, su Administrador de Atención del Hogar Médico, otros proveedores que le brindan atención y su representante autorizado. Las remisiones a tales proveedores siempre serán previamente analizadas con usted por su Proveedor de Atención Primaria o Administrador de Atención del Hogar Médico. El personal de MetroPlusHealth Enhanced ha sido capacitado para mantener la estricta confidencialidad de los miembros.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

- Este manual le indicará cómo funcionará el nuevo plan de atención médica y cómo aprovechar al máximo MetroPlusHealth Enhanced. Este manual es su guía para los servicios de salud y bienestar. Le informa los pasos a seguir para que el plan le sea de utilidad.
- Las primeras páginas le indican lo que necesita saber de inmediato. El resto del manual puede esperar hasta que usted lo necesite. Utilícelo como referencia o léalo de a poco. Cuando tenga una pregunta, consulte este manual o llame al Departamento de Servicios al Miembro al 800.303.9626. También puede llamar a la Línea de Ayuda de New York Medicaid Choice al 800.505.5678.

AYUDA DE SERVICIOS AL MIEMBRO

Servicios al Miembro está disponible para ayudarle:

De lunes a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.

Llámenos al número gratuito: 800.303.9626

Si tiene dificultades auditivas (algún problema auditivo) y tiene acceso a un equipo TTY, llame a nuestro número gratuito: **711**.

Si tiene un problema de visión y desearía utilizar un manual en Braille o grabado (audio), llame a Servicios al Miembro.

Si tiene una crisis de salud conductual, llame a nuestra línea gratuita al 866.728.1885.

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

- Puede comunicarse con Servicios al Miembro para recibir ayuda **cuando tenga una pregunta**. Puede llamarnos para elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (*PCP, para abreviar*), realizar consultas sobre beneficios y servicios, recibir ayuda con las remisiones, reemplazar una tarjeta de identificación extraviada, informar que está embarazada, informar el nacimiento de un bebé o consultar por cualquier cambio que podría afectar sus beneficios.
- Ofrecemos **sesiones gratuitas** para explicar nuestro plan de salud y cómo podemos ayudarle de la mejor manera. Es un excelente momento para que formule preguntas y se reúna con otros miembros. Si le gustaría asistir a alguna de estas sesiones, llámenos para buscar un horario y un lugar que le resulten convenientes.
- **Si usted no habla inglés**, podemos ayudarle. Queremos que sepa cómo utilizar su plan de atención médica, independientemente de su idioma. Simplemente llámenos, y encontraremos la manera de comunicarnos con usted en su propio idioma. Contamos con un grupo de personas que pueden ayudarle. También le ayudaremos a encontrar un PCP que le hable en su idioma.
- **Para personas con discapacidades:** Si utiliza una silla de ruedas, o es ciego, o tiene problemas de audición o de comprensión, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor en particular dispone de acceso para sillas de ruedas o si cuenta con dispositivos especiales de comunicación. Además, ofrecemos servicios, tales como:
 - Equipo TTY (nuestro número de teléfono de TTY es 711)
 - Información en letra grande
 - Administración de casos
 - Ayuda para concertar citas y asistir a ellas
 - Nombres y direcciones de los proveedores especializados en su discapacidad
- **Si recibe atención en el hogar actualmente**, es posible que su enfermero o asistente no sepan que usted se inscribió en nuestro plan. **Llámenos de inmediato** para asegurarse de que su atención en el hogar no se termine en forma inesperada.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Después de inscribirse, le enviaremos una **Carta de bienvenida**. Su tarjeta de identificación de MetroPlusHealth debe llegarle dentro de los 14 días posteriores a la fecha de inscripción. Su tarjeta tiene el nombre y número de teléfono de su PCP (Proveedor de Atención Primaria). También tiene el Número de Identificación de Cliente (CIN, por sus siglas en inglés). Si hay algún dato incorrecto en su tarjeta de identificación de MetroPlusHealth, llámenos de inmediato. Su tarjeta de identificación no muestra que usted tenga Medicaid o que MetroPlusHealth Enhanced sea un tipo especial de plan de salud.

Lleve la tarjeta de identificación con usted en todo momento y muéstrela cada vez que acuda a recibir atención. Si necesita atención antes de recibir la tarjeta, su carta de bienvenida sirve como prueba de que usted es miembro de MetroPlusHealth Enhanced. También debe conservar su

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

tarjeta de beneficios de Medicaid. Necesitará su tarjeta de Medicaid para obtener servicios que MetroPlusHealth Enhanced no cubre.

PARTE I – Lo primero que debe saber

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

- Quizá ya haya elegido a su PCP (Proveedor de Atención Primaria). **Si aún no ha elegido a un PCP, debe hacerlo de inmediato.** Si no elige a un médico dentro de los 30 días, elegiremos a uno por usted. Servicios al Miembro (800.303.9626) puede verificar si usted ya tiene un PCP o ayudarlo a elegir a un PCP. **También puede elegir a un PCP en su clínica de salud conductual.**

Puede acceder al Directorio de proveedores en línea en metroplus.org/enhanced. El Directorio de proveedores enumera todos los médicos, clínicas, hospitales, laboratorios y otros profesionales que trabajan con MetroPlusHealth. Incluye la dirección, el teléfono y la especialidad de los médicos. El Directorio de proveedores indicará los médicos y proveedores que aceptan nuevos pacientes. Debe llamar a sus consultorios para confirmar que acepten nuevos pacientes cuando elija a un PCP. También puede solicitar una copia del Directorio de proveedores del condado donde vive o del condado donde desea consultar a un proveedor en el sitio web de MetroPlusHealth en metroplus.org/enhanced, o llamando a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Es posible que esté buscando un médico que:

- ya ha consultado anteriormente,
 - comprenda sus problemas de salud,
 - acepte nuevos pacientes,
 - pueda hablar con usted en su idioma,
 - sea de fácil acceso,
 - trabaje en una clínica a la que usted acude.
- Las mujeres también pueden elegir a uno de nuestros obstetras o ginecólogos para la atención médica de la mujer.
 - También hemos celebrado un contrato con varios Centros de Salud Calificados por el Gobierno Federal (FQHC, por sus siglas en inglés). Todos los FQHC brindan atención primaria y especializada. Algunos consumidores desean recibir su atención en los FQHC debido a la larga trayectoria de los centros en la zona. Es posible que usted desee recibir atención en estos centros porque son de fácil acceso. Debe saber que tiene una opción. Usted puede elegir a uno de nuestros proveedores. O puede inscribirse con un PCP en uno de los FQHC con los que

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

trabajamos, que se enumeran a continuación. Simplemente llame a Servicios al Miembro (800.303.9626) para obtener ayuda.

En el Directorio de proveedores, hay un listado de los FQHC disponibles.

- En casi todos los casos, sus médicos serán proveedores de MetroPlusHealth Enhanced. Existen cuatro casos en los que aún puede **consultar a otro proveedor que lo atendía antes de inscribirse en MetroPlusHealth Enhanced**. En estos casos, su proveedor debe aceptar trabajar con MetroPlusHealth Enhanced. Puede continuar consultando a su proveedor cuando:
 - Tiene más de 3 meses de embarazo cuando se inscribe en MetroPlusHealth Enhanced y ya recibe atención prenatal. En ese caso, puede conservar su médico hasta después del parto durante la atención posparto.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth Enhanced, tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida o una afección que empeora con el tiempo. En ese caso, puede solicitar conservar su proveedor por un período de hasta 60 días.
 - En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth Enhanced, recibe tratamiento por una afección de salud conductual. En la mayoría de los casos, puede continuar acudiendo al mismo proveedor. Algunas personas pueden tener que elegir un proveedor que trabaje con el plan de salud. Hable con su proveedor sobre este cambio. MetroPlusHealth Enhanced colaborará con usted y su proveedor para asegurarse de que usted siga recibiendo la atención que necesita.

En el momento de inscribirse en MetroPlusHealth Enhanced, Medicaid común pagó por su atención en el hogar, y usted necesita seguir recibiendo atención por al menos 120 días. En ese caso, puede conservar la misma agencia, enfermero o asistente, y la misma cantidad de atención en el hogar durante al menos 90 días.

MetroPlusHealth Enhanced debe informarle acerca de cualquier cambio en su atención en el hogar antes de que los cambios entren en vigor.

- De ser necesario, puede **cambiar de PCP** durante los primeros 30 días después de la primera cita con su PCP. Una vez transcurrido este plazo, puede cambiar de PCP una vez cada seis meses sin causa, o con más frecuencia si tiene una buena razón. También puede cambiar su obstetra o ginecólogo, o un especialista a quien su PCP lo haya remitido.
- Si su **proveedor abandona** MetroPlusHealth Enhanced, le informaremos dentro de los 5 días desde el momento en que tomemos conocimiento de ello. Si lo desea, puede consultar a tal proveedor *si* cursa más de tres meses de embarazo o si recibe tratamiento continuo por una afección. Si está embarazada, puede continuar viendo a su médico durante la atención posparto. Si consulta a un médico en forma regular por una afección médica especial, puede continuar con su tratamiento actual durante un máximo de 90 días. Su proveedor debe aceptar trabajar con MetroPlusHealth Enhanced durante este tiempo. Si alguna de estas condiciones se aplica a usted, consulte con su PCP o llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN DEL HOGAR MÉDICO

MetroPlusHealth Enhanced es responsable de brindar y coordinar su atención de salud física y sus servicios de salud conductual. Utilizamos Hogares Médicos para coordinar los servicios para nuestros miembros. Usted puede optar por inscribirse en un Hogar Médico, y lo incentivamos a que se inscriba en un Hogar Médico para la Administración de su Atención.

MetroPlusHealth Enhanced puede ayudarlo a inscribirse en un Hogar Médico que le asignará su Administrador de Atención del Hogar Médico personal. Su Administrador de Atención del Hogar Médico puede ayudarlo a concertar las citas, ayudarlo a obtener servicios sociales y hacer un seguimiento de su progreso.

Su Hogar Médico es responsable de realizarle una evaluación para determinar los Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad que puede necesitar. Con esta evaluación, usted y el Administrador de Atención del Hogar Médico trabajarán juntos para confeccionar un Plan de Atención especialmente diseñado para usted.

No necesita la evaluación de elegibilidad del estado de Nueva York para recibir los Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE, por sus siglas en inglés). Puede recibir un servicio de CORE si se lo recomienda un médico con licencia en las artes de la curación (LPHA, por sus siglas en inglés). El proveedor calificado podría querer conversar sobre su diagnóstico y sus necesidades antes de hacer una recomendación para uno o más de los servicios de CORE para satisfacer sus necesidades y objetivos.

El Administrador de Atención del Hogar Médico puede:

- Trabajar con su PCP y otros proveedores para coordinar toda su atención de salud conductual y física;
- Trabajar con personas de su confianza, como familiares o amigos, para ayudarlo a planificar y recibir su atención;
- Ayudarlo a obtener servicios sociales, como SNAP (cupones para alimentos) y otros beneficios de servicios sociales;
- Confeccionar un plan de atención para ayudarlo a identificar sus necesidades y objetivos;
- Realizar una evaluación para determinar sus necesidades de servicios sociales;
- Ayudarlo con las citas con su PCP y otros proveedores;
- Ayudarlo a manejar los problemas médicos actuales, como diabetes, asma y presión arterial alta;
- Ayudarlo a encontrar servicios para ayudarlo a bajar de peso, comer sano, hacer ejercicio y dejar de fumar;
- Brindarle apoyo durante el tratamiento;
- Identificar los recursos que necesita que se encuentran en la comunidad;
- Ayudarlo a encontrar o solicitar una vivienda estable;
- Ayudarlo a volver a casa seguro después de una estancia hospitalaria; y

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Asegurarse de que usted reciba atención de seguimiento, medicamentos y otros servicios necesarios.

Su Administrador de Atención del Hogar Médico se pondrá en contacto con usted de inmediato para determinar la atención que necesita y para ayudarlo con las citas. Su Administrador de Atención del Hogar Médico o una persona del proveedor del Hogar Médico está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede contactarse con Servicios al Miembro al 800.303.9626, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Si necesita hablar con una persona después del horario de atención, los domingos o feriados, o si está atravesando una crisis, llame al 800.442.2560.

ATENCIÓN MÉDICA HABITUAL

- Su atención médica incluirá los chequeos de rutina para todas sus necesidades de atención médica. Hacemos remisiones a hospitales o especialistas. Queremos que cada uno de los nuevos miembros consulten a su Proveedor de Atención Primaria para una visita médica inmediatamente después de inscribirse en MetroPlusHealth Enhanced. Esto le dará la posibilidad de hablar con su Proveedor de Atención Primaria acerca de sus problemas de salud anteriores, los medicamentos que toma y cualquier otra pregunta que pudiera tener.
- Ya sea de día o de noche, tan solo debe hacer una llamada para comunicarse con su PCP. Asegúrese de llamar a su PCP cuando tenga una pregunta o inquietud acerca de su salud. Si llama después del horario de atención o durante los fines de semana, deje un mensaje e indique la manera de ubicarlo. Su PCP se comunicará con usted lo antes posible. Recuerde que su PCP lo conoce y sabe cómo funciona el plan de salud.
- Puede comunicarse con MetroPlusHealth Enhanced las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana al 800.303.9626, si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener los servicios o si por algún motivo no puede comunicarse con su Proveedor de Atención Primaria.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**, es decir, los servicios que recibe deben ser necesarios:
 - para prevenir, diagnosticar o corregir lo que podría provocar más sufrimiento, o
 - para tratar alguna afección que ponga en riesgo su vida; o
 - para tratar algún problema que podría producir una enfermedad; o
 - para tratar alguna afección que podría limitar sus actividades habituales.
- Su PCP se encargará de la mayoría de sus necesidades de atención médica. Debe tener una cita para ver a su PCP. Si alguna vez no puede concurrir a la cita, llame al PCP para informarle.
- Tan pronto haya elegido a un PCP, llámelo para coordinar la primera cita. Si puede, prepárese para su primera cita. Su PCP necesitará saber todo lo que pueda decirle sobre su historial médico. Haga un listado de sus antecedentes médicos, los problemas que tenga en ese momento, los medicamentos que toma y las preguntas que desee realizarle a su PCP. En la

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

mayoría de los casos, la primera visita debe realizarse dentro de las primeras cuatro semanas desde que se inscribió en el plan. Si tiene la necesidad de un tratamiento durante las próximas semanas, programe su primera cita en la primera semana desde su inscripción en MetroPlusHealth Enhanced. El Administrador de Atención del Hogar Médico puede ayudarlo a prepararse para su primera cita.

- **Si necesita recibir atención antes de su primera cita**, llame al consultorio de su PCP para explicarle el problema. Su PCP le dará una cita previa para abordar este problema. (No obstante, deberá mantener su primera cita para analizar su historial médico y realizar preguntas).
- Utilice la siguiente lista como guía para conocer el tiempo máximo que deberá esperar después de concertar una cita. Su Administrador de Atención también puede ayudarlo a concertar o conseguir citas.
 - atención de urgencias: dentro de las 24 horas
 - visitas por enfermedad sin carácter de urgencia: dentro de los 3 días
 - atención de rutina, preventiva: dentro de las 4 semanas
 - primera visita prenatal: dentro de las 3 semanas durante el 1.º trimestre (2 semanas durante el 2.º trimestre, 1 semana durante el 3.º trimestre)
 - primera visita de planificación familiar: dentro de las 2 semanas
 - visita de seguimiento después de una emergencia de salud mental/por consumo de sustancias o una visita como paciente hospitalizado: 5 días
 - visita a un especialista de salud mental o del consumo de sustancias sin carácter de urgencia: dentro de 1 semana
 - exámenes físicos inicial y de rutina para adultos: dentro de las 4 semanas

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (BH HCBS) y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y EMPODERAMIENTO ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE)

La atención de salud conductual incluye servicios de salud mental y de tratamiento por consumo de sustancias. Usted tiene acceso a servicios que pueden ayudarlo con la salud emocional. Además, puede recibir ayuda con los problemas relativos al consumo de alcohol o de otras sustancias.

Si necesita apoyo para vivir en su casa o la comunidad, MetroPlusHealth Enhanced ofrece servicios adicionales, que se conocen como Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS, por sus siglas en inglés) y Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE, por sus siglas en inglés). Como es más fácil obtener servicios de CORE que servicios de BH HCBS, el estado de Nueva York ha transferido estos servicios de BH HCBS.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Estos servicios pueden ayudarlo a evitar que tenga que ir al hospital y a vivir en la comunidad. Algunos servicios pueden ayudarlo a alcanzar sus objetivos en la vida en relación con el empleo, la escuela o en otras áreas de su vida en las cuales le gustaría trabajar. Para ser elegible para los servicios de BH HCBS, deberá someterse a una evaluación. Si desea obtener más información, llámenos al 800.303.9626 o pregunte a su Administrador de Atención acerca de estos servicios.

Los cuatro (4) servicios de BH HCBS para adultos que se trasladaron a servicios de CORE lo ayudarán a mejorar el acceso a los servicios y a utilizar la experiencia de los médicos y profesionales de rehabilitación para respaldar el proceso de elegibilidad y admisión. Los servicios de CORE requieren la recomendación de un médico con licencia en las artes de la curación (LPHA, por sus siglas en inglés). Estos servicios pueden ayudarlo a alcanzar sus objetivos personales y de salud cuando tiene necesidades de salud mental o adicciones.

Los cuatro servicios nuevos de CORE son:

- **Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés)**
- **Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés)**
- **Servicios de empoderamiento – Apoyos de personas en situación similar**
- **Apoyo y capacitación familiar (FST, por sus siglas en inglés)**

Si desea obtener más información, llámenos al 800.303.9626 o pregunte a su Administrador de Atención acerca de estos servicios.

Consulte la página 26 de este manual para obtener más información acerca de estos servicios y cómo obtenerlos.

CÓMO OBTENER ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS Y REMISIONES

- Cuando necesite atención que su PCP no pueda brindarle, el profesional lo **REMITIRÁ** a un especialista que sí podrá asistirlo. Cuando su PCP lo remita a otro médico, pagaremos por su atención. La mayoría de estos especialistas son proveedores de MetroPlusHealth Enhanced. Hable con su PCP para asegurarse de saber cómo funcionan las remisiones.
- Si usted considera que un especialista no satisface sus necesidades, hable con su PCP. Su PCP puede ayudarlo si debe consultar a otro especialista.
- En el caso de algunos tratamientos y servicios, su PCP debe pedirle a MetroPlusHealth Enhanced que los apruebe *antes* de obtenerlos. Su PCP le dirá cuáles son.
- Si tiene algún inconveniente para obtener una remisión que usted considera que necesita, póngase en contacto con Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Si no hay ningún especialista en nuestra red de proveedores que pueda ofrecerle la atención que usted necesita, le conseguiremos la atención que necesita de un especialista que no pertenezca a nuestro plan. Esto se conoce como remisión fuera de la red. Su PCP o proveedor del plan debe solicitar la aprobación de MetroPlusHealth Enhanced *antes* de que usted obtenga una remisión fuera de la red. Cuando usted o su PCP o proveedor del plan lo remite a un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted no es responsable de ningún costo, excepto los copagos como se describe en este manual.
- Para obtener la remisión, su médico debe suministrarnos cierta información. Una vez que contemos con toda la información, tomaremos una decisión dentro de los 1 a 3 días hábiles respecto de la posibilidad de que consulte a un especialista fuera de la red. Sin embargo, nunca demoraremos más de 14 días desde la fecha de su solicitud para tomar dicha decisión. Usted o su médico pueden pedir una revisión rápida si su médico considera que una demora puede provocar daños graves a su salud. En tal caso, tomaremos una decisión y le responderemos en el término de 1 a 3 días hábiles. Si desea información acerca del estado de su solicitud, comuníquese con Servicios al Miembro al 800.303.9626.
 - En ocasiones, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red debido a que existe un proveedor en MetroPlusHealth Enhanced que puede ofrecerle tratamiento. Si considera que nuestro proveedor del plan no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para tratarlo, usted puede solicitar que verifiquemos si la remisión fuera de la red es médicamente necesaria. Tendrá que solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 41 para obtener información sobre el proceso.
 - A veces, es posible que no aprobemos una remisión fuera de la red para un tratamiento específico cuando usted solicita atención que no difiere mucho de la que podría obtener de un proveedor de MetroPlusHealth Enhanced. Usted puede solicitar que verifiquemos si la remisión fuera de la red para el tratamiento que usted desea es médicamente necesaria. Tendrá que solicitar una **apelación al plan**. Consulte la página 41 para obtener información sobre el proceso.

Tendrá que solicitarle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación al plan:

- 1) una declaración por escrito de su médico acerca de que el tratamiento fuera de la red es muy diferente al tratamiento que puede obtener de un proveedor de MetroPlusHealth Enhanced. Su médico debe estar certificado por el consejo o ser un especialista elegible por el consejo que trata a personas que necesitan el tratamiento que usted solicita, y
- 2) dos documentos médicos o científicos que respalden que el tratamiento que usted solicita es más beneficioso para usted y que no le provocará más daños que el tratamiento que puede obtener de un proveedor de MetroPlusHealth Enhanced.

- Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todas formas. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la página 46 para obtener más información acerca de las apelaciones externas.

¿Cómo solicito una apelación al plan?

Puede llamar, visitarnos o escribirnos para solicitar una apelación al plan.

Usted o su proveedor puede solicitar que la apelación al plan se resuelva por la **vía rápida** si considera que una demora puede ser perjudicial para su salud. **Si necesita ayuda o necesita una apelación ante el plan de inmediato, llámenos al 800.303.9626 (TTY: 711).**

Cuando solicite una apelación al plan, tarde o temprano tendrá que proporcionarnos:

- Su nombre y dirección
 - Número de afiliado
 - El servicio que solicitó y el/los motivo(s) de la apelación
 - Cualquier información que desee que revisemos, tales como historiales médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el servicio
 - Cualquier información específica necesaria para que el plan pueda tomar una decisión sobre la apelación
- Si necesita ver a un especialista por atención continua, su PCP puede remitirlo para una cantidad determinada de visitas o por un período de tiempo (una **remisión permanente**). Si tiene una remisión permanente, no necesitará una nueva remisión cada vez que necesite atención.
 - Si tiene una enfermedad a largo plazo o incapacitante que empeora con el transcurso del tiempo, su PCP podrá coordinar lo siguiente:
 - que el especialista actúe como su PCP; o
 - una remisión a un centro de atención especializada que se ocupe del tratamiento de su enfermedad. Usted también puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener ayuda para acceder a un centro de atención especializada.

OBTENGA ESTOS SERVICIOS DE NUESTRO PLAN SIN UNA REMISIÓN

Atención de la salud para la mujer

No necesita la remisión de su PCP para consultar a uno de nuestros proveedores SI:

- está embarazada, o
- necesita servicios de un obstetra o ginecólogo, o
- necesita servicios de planificación familiar, o
- desea consultar a una partera, o
- necesita someterse a un examen de mamas o pélvico.

Planificación familiar

- Usted puede obtener los siguientes servicios de planificación familiar: asesoramiento acerca del control de la natalidad, recetas para el control de la natalidad, preservativos masculinos y femeninos, pruebas de embarazo, esterilización o aborto. Durante sus visitas por alguno de estos motivos, también puede realizarse pruebas para las infecciones de transmisión sexual, un examen de cáncer de mamas o un examen pélvico.

No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios. De hecho, puede elegir dónde desea recibir estos servicios. Puede utilizar su tarjeta de identificación de MetroPlusHealth para consultar a alguno de nuestros proveedores de planificación familiar. Para recibir ayuda para buscar un proveedor, consulte el Directorio de proveedores del plan o llame a Servicios al Miembro.

- También puede *utilizar su tarjeta de Medicaid* si desea consultar a un médico o clínica fuera de nuestro plan. Solicite a su PCP o llame a Servicios al Miembro (800.303.9626) para obtener un listado de los lugares adonde puede ir para obtener estos servicios. También puede llamar a la línea directa Growing Up Healthy (Crecer Saludable) (800.522.5006) del estado de Nueva York para solicitar los nombres de proveedores de planificación familiar en su zona.

Examen de detección del VIH e ITS

Todo el mundo debe conocer su condición de VIH. Los exámenes de detección del VIH y de infecciones de transmisión sexual son parte de su atención médica habitual.

- Puede realizarse una prueba del VIH o ITS cada vez que acude a una visita en el consultorio o una clínica.
- Puede realizarse una prueba del VIH o ITS cada vez que recibe servicios de planificación familiar. No necesita una remisión de su PCP (Proveedor de Atención Primaria). Simplemente programe una cita con cualquier proveedor de planificación familiar. Si desea realizarse una prueba del VIH o ITS, pero *no como parte de un servicio de planificación familiar*, su PCP puede proveerle el servicio o coordinarlo.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- O bien, si prefiere no consultar a uno de nuestros proveedores de MetroPlusHealth Enhanced, puede utilizar su tarjeta de Medicaid para consultar a un proveedor de planificación familiar fuera de MetroPlusHealth Enhanced. Si desea ayuda para encontrar a un proveedor de servicios de planificación familiar del Plan o de Medicaid, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.
- Todos deberían conversar con su médico acerca de someterse a una prueba del VIH. Si desea someterse a una prueba del VIH gratuita o a una prueba donde su nombre no figure, llame al 800.541.AIDS (inglés) o al 800.233.SIDA (español).

Algunas pruebas son "pruebas rápidas", y solo debe esperar un poco para recibir los resultados. El proveedor que le realiza la prueba le explicará los resultados y coordinará la atención de seguimiento cuando sea necesaria. También aprenderá a proteger a su compañero. Si el resultado de la prueba es negativo, podemos ayudarlo a que se mantenga de esa forma.

Servicios de prevención del VIH

Hay muchos servicios de prevención del VIH a su disposición. Hablaremos con usted acerca de las actividades que podrían poner a usted o a los demás en riesgo de transmitir VIH o de contagiarse una enfermedad de transmisión sexual. Podemos ayudarlo a aprender a protegerse. Además, podemos ayudarlo a conseguir preservativos masculinos y femeninos, y jeringas limpias.

Si usted es VIH positivo, podemos ayudarlo a hablar con sus compañeros. Podemos ayudarlo a hablar con su familia y amigos, y ayudarlos a entender el VIH y SIDA, y cómo obtener tratamiento. Si necesita ayuda para hablar acerca de su condición de VIH con futuros compañeros, el personal de MetroPlusHealth Enhanced lo ayudará. Incluso podemos ayudarlo a hablar con sus hijos acerca del VIH.

Atención oftalmológica

El servicio cubierto incluye los servicios necesarios de un oftalmólogo, optometrista y un proveedor oftalmológico, e incluye un examen ocular para anteojos recetados una vez cada dos años, o con más frecuencia si es médicamente necesario. Los afiliados que tengan un diagnóstico de diabetes pueden consultar directamente para recibir un examen de pupilas dilatadas (de la retina) una vez en cualquier período de doce (12) meses. Simplemente elija a uno de nuestros proveedores participantes.

Normalmente se brindan anteojos nuevos, con marcos aprobados por Medicaid, una vez cada dos años.

Los anteojos pueden recetarse cuando la corrección o el cambio en la vista es de, al menos, .50 dioptrías. Si elige usar su propio marco en vez de elegir un marco aprobado por Medicaid, no cubriremos el pago de su marco. Se pueden encargar lentes nuevas más a menudo si, por ejemplo, su visión cambia rápidamente debido a una condición de catarata o miopía progresiva. Si sus anteojos se rompen, se pueden reparar. Los anteojos que se pierdan o se rompan y no se puedan reparar se reemplazarán con la misma receta médica y estilo de marcos. Si necesita consultar a un

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

especialista de la vista para recibir atención por una enfermedad o defecto ocular, su PCP lo remitirá.

Salud conductual (salud mental y consumo de sustancias)

Queremos ayudarlo a obtener los servicios de salud mental y por consumo de sustancias que pueda necesitar.

Si en cualquier momento usted considera que necesita ayuda de salud mental o por consumo de sustancias, puede consultar a cualquier proveedor de salud conductual que acepte Medicaid para ver qué servicios puede necesitar. Esto incluye servicios como aquellos que brinda una clínica o de desintoxicación. **No necesita una remisión de su PCP.**

Dejar de fumar

Puede recibir medicamentos, suministros y asesoramiento si desea ayuda para dejar de fumar. No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios.

Examen de detección de depresión materna

Si está embarazada y considera que necesita ayuda con la depresión, puede realizarse un examen de detección para determinar los servicios que puede necesitar. No necesita una remisión de su PCP. Puede someterse a un examen de detección durante el embarazo y hasta un año después del parto.

EMERGENCIAS

Las emergencias siempre están cubiertas. En el estado de Nueva York, una emergencia significa una afección médica o trastorno de conducta:

- que se produce repentinamente y
- presenta dolor u otros síntomas.

Una emergencia haría que una persona con un conocimiento promedio de salud tema que alguien sufra una lesión grave en alguna parte o función del cuerpo o una desfiguración grave si no recibe atención de inmediato.

Los servicios de emergencia son procedimientos, tratamientos o servicios de atención médica necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, incluida la estabilización psiquiátrica y la desintoxicación médica de drogas o alcohol.

Algunos ejemplos de emergencias son:

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- un ataque cardíaco o fuerte dolor en el pecho
- hemorragia que no se detiene o quemadura grave
- fracturas de huesos
- dificultad para respirar, convulsiones o pérdida del conocimiento
- cuando siente que puede lastimarse o lastimar a los demás
- si está embarazada y presenta signos como dolor, hemorragia, fiebre o vómitos sobredosis de drogas
- disfunción grave de algún órgano del cuerpo
- deterioro de las funciones corporales

Algunos ejemplos de situaciones que **no son emergencias** son: resfríos, dolor de garganta, malestar estomacal, cortes o hematomas leves, o esguinces.

Situaciones que no son emergencias también pueden ser problemas familiares, una separación, o el deseo de consumir alcohol u otras drogas. Es posible que parezcan una emergencia, pero no son motivo para acudir a la sala de emergencias.

Si tiene una emergencia, haga lo siguiente:

- *Si considera que tiene una **emergencia***, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias. No necesita la aprobación de MetroPlusHealth Enhanced ni de su PCP para recibir la atención de emergencia, y no es necesario que utilice nuestros hospitales o médicos.
- *Si no está seguro, llame a su PCP o a MetroPlusHealth Enhanced.* Dígale lo que sucede a la persona que lo atienda. Su PCP o representante de MetroPlusHealth Enhanced:
 - le dirá lo que debe hacer en su hogar, o
 - le dirá que se presente en el consultorio del PCP,
 - le informará acerca de los servicios en la comunidad que puede recibir, como reuniones de 12 pasos o un hogar, o
 - le dirá que acuda a la sala de emergencias más cercana.
- **Puede comunicarse con Servicios al Miembro de MetroPlusHealth Enhanced al 800.303.9626, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, cuando atraviesa una crisis o necesita ayuda con una situación de salud mental o por consumo de drogas.**
- *Si se encuentra fuera del área* cuando tiene una emergencia:
 - Diríjase a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.
 - Llame a MetroPlusHealth Enhanced lo antes posible (dentro de las 48 horas si es posible).
 - Si es dado de alta de la sala de emergencias con medicamentos recetados, deben surtirse en una farmacia inscrita en NYRx Medicaid.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Recuerde:

No necesita aprobación previa para los servicios de emergencia.

Use la sala de emergencias **únicamente** cuando es **VERDADERAMENTE UNA EMERGENCIA.**

NO debe utilizarse la sala de emergencias para problemas como gripe, dolor de garganta o infecciones de oído.

Si tiene preguntas, comuníquese con su PCP o nuestro plan al 800.303.9626.

El

número de teléfono de Servicios para Crisis de Salud Conductual es 866.728.1885

ATENCIÓN DE URGENCIA

Es posible que tenga una lesión o una enfermedad que no sea una emergencia, pero aun así necesite atención inmediata.

- Podría ser una gripe o cuando necesita puntos.
- Podría ser un esguince o una astilla que no puede quitar.

Puede programar una cita para una visita de atención de urgencia para el mismo día o el día siguiente. Ya sea que se encuentre en su casa o no, llame a su PCP en cualquier momento, de día o de noche. Si no logra comunicarse con su PCP, llámenos al 800.303.9626. Explique lo que sucede a la persona que lo atienda. Le dirá lo que debe hacer.

Atención fuera de los Estados Unidos

Si viaja fuera de los Estados Unidos, puede obtener atención de urgencia y de emergencia solamente en el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Estadounidense. Si necesita atención médica mientras se encuentra en cualquier otro país (incluso Canadá y México), deberá pagarla.

QUEREMOS QUE SE MANTENGA SALUDABLE

Además de los chequeos habituales y las vacunas que usted necesita, aquí le enumeramos algunos otros servicios que brindamos y maneras de mantener una buena salud:

- Clases para dejar de fumar
- Atención y nutrición prenatales
- Apoyo por duelo o pérdida
- Lactancia y cuidado del bebé

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Manejo del estrés
- Control del peso
- Control del colesterol
- Asesoramiento para la diabetes y capacitación para el autocontrol
- Asesoramiento para el asma y capacitación para el autocontrol
- Pruebas de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y protección de las ITS
- Servicios de violencia doméstica

Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 o visite nuestro sitio web en metroplus.org/enhanced para obtener más información y para acceder a un listado de las próximas clases.

Manual – Parte 2

SUS BENEFICIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS DEL PLAN

El resto de este manual es para brindarle información cuando la necesite. Enumera los servicios cubiertos y los que no están cubiertos. Si tiene una queja, el manual le informa cómo proceder. El manual contiene más información que puede serle útil. Conserve este manual a mano para cuando lo necesite.

BENEFICIOS

Los Planes de Salud y Recuperación brindan una cantidad de servicios que usted recibe además de aquellos que obtiene con Medicaid común. Le brindaremos o coordinaremos la mayoría de los servicios que usted necesitará. Sin embargo, hay unos pocos servicios que usted puede recibir sin recurrir a su PCP. Estos incluyen atención de emergencia; planificación familiar; pruebas del VIH; servicios de intervención móvil en crisis; y servicios específicos a los que puede consultar directamente, inclusive aquellos que puede obtener dentro de MetroPlusHealth Enhanced y algunos que puede elegir acudir a cualquier proveedor de Medicaid del servicio.

SERVICIOS CUBIERTOS POR NUESTRO PLAN

Usted debe obtener estos servicios de los proveedores de nuestro plan. Todos los servicios deben ser médica o clínicamente necesarios y brindados o remitidos por su PCP (proveedor de atención primaria). Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al 800.303.9626 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con alguno de los servicios que se mencionan a continuación.

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

Atención médica habitual

- visitas al consultorio de su PCP
- remisiones a especialistas
- exámenes oculares y de audición
- ayuda para mantener su horario de medicamentos
- coordinación de la atención y los beneficios

Atención preventiva

- chequeos regulares
- acceso a agujas y jeringas gratuitas
- asesoramiento para dejar de fumar
- educación sobre el VIH y disminución del riesgo
- remisión a Organizaciones Basadas en la Comunidad (CBO, por sus siglas en inglés) para recibir atención de apoyo
- atención para dejar de fumar

Atención de maternidad

- atención durante el embarazo
- servicios de médicos, parteras y hospitales
- examen de detección de depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto

Atención médica en el hogar

- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth Enhanced
- Una visita médica en el hogar posparto y visitas adicionales cuando sean médicamente necesarias para las mujeres de alto riesgo
- Otras visitas de atención médica a domicilio cuando sean necesarias y las solicite su PCP o especialista

Cuidado personal, asistente en el hogar o servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS, por sus siglas en inglés)

- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth Enhanced.
- Cuidado personal y asistente en el hogar: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, así como también con la preparación de las comidas y las tareas domésticas.
- CDPAS: ayuda para bañarse, vestirse y alimentarse, la preparación de las comidas y las tareas domésticas, además de la asistencia de salud en el hogar y las tareas de enfermería. Usted elige y dirige al asistente que brinda estos servicios. Si desea más información, póngase en contacto con MetroPlusHealth Enhanced al 800.303.9626

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés)

Es un aparato que usted lleva si tiene una emergencia y necesita ayuda. Para reunir los requisitos para recibir este servicio, debe recibir servicios de cuidado personal/asistente en el hogar o servicios CDPAS. MetroPlusHealth Enhanced coordinará el PERS.

Atención médica diurna para adultos

- Debe ser recomendada por su Proveedor de Atención Primaria (PCP) y estar coordinada por MetroPlusHealth Enhanced.
- Brinda educación sobre salud, nutrición, servicios de enfermería y sociales, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, terapia de rehabilitación, servicios farmacéuticos, además de remisiones para la atención odontológica y de otras especialidades

Terapia para la tuberculosis

- Usted recibe ayuda para tomar los medicamentos para la tuberculosis y atención de seguimiento.

Cuidados paliativos

- La atención de cuidados paliativos ayuda a los pacientes y a sus familias a abordar las necesidades especiales que se presentan durante las últimas etapas de la enfermedad y después de la muerte
- Debe ser médicamente necesaria y estar coordinada por MetroPlusHealth Enhanced
- Brinda servicios de apoyo y algunos servicios médicos a pacientes que están enfermos y tienen una expectativa de vida de un año o menos
- Los servicios se pueden proporcionar en su hogar o en un hospital u hogar de reposo

Si tiene alguna pregunta acerca de estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Atención odontológica

MetroPlusHealth Enhanced considera que brindarle una buena atención odontológica es importante para la atención de su salud en general. Ofrecemos atención odontológica a través de un contrato con DentaQuest, un experto en la prestación de servicios odontológicos de alta calidad. Los servicios cubiertos incluyen servicios odontológicos habituales y de rutina, tales como chequeos dentales preventivos, limpiezas, radiografías, empastes y otros servicios para comprobar cualquier cambio o anomalía que pudiera requerir tratamiento o atención de seguimiento para usted. *¡No necesita una remisión de su PCP para consultar a un dentista!*

Cómo obtener servicios odontológicos:

Debe elegir a un dentista de atención primaria. MetroPlusHealth utiliza DentaQuest para brindar servicios odontológicos. DentaQuest cuenta con dentistas participantes que se

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

especializan en odontología general, odontología pediátrica, cirugía bucal y enfermedad de las encías. Llame a DentaQuest al 844.284.8819 para elegir un dentista de atención primaria. Puede obtener un listado de los dentistas participantes en línea en metroplus.org/enhanced o previa solicitud llamando a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth al 800.303.9626. Si no elige a un dentista, elegiremos uno por usted. Siempre podrá cambiar de dentista. Pregunte a su dentista actual si participa en DentaQuest.

- Cuando necesite encontrar un dentista o cambiar de dentista, llame a DentaQuest al 844.284.8819 o llame a MetroPlusHealth Enhanced al 800.303.9626. Los Representantes de Servicios al Miembro están allí para ayudarlo. Muchos de ellos hablan su idioma o tienen un contrato con Language Line Services.
- Muestre su tarjeta de identificación de miembro para acceder a los beneficios odontológicos. Usted no recibirá una tarjeta de identificación aparte para acceder a los servicios odontológicos. Cuando consulte a su dentista, debe mostrarle su tarjeta de identificación del plan.
- También puede acudir a una clínica odontológica administrada por un centro odontológico académico sin una remisión. Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para encontrar una clínica administrada por un centro odontológico académico.

Atención oftalmológica

- servicios de un oftalmólogo, proveedor oftalmológico y optometrista.
- cobertura de lentes de contacto, lentes de policarbonato, ojos artificiales o el reemplazo de anteojos que se pierden o destruyen, incluidas las reparaciones, cuando sean médicamente necesarios. Los ojos artificiales están cubiertos cuando los solicite un proveedor del plan
- exámenes oculares, generalmente cada dos años, salvo que sean médicamente necesarios con más frecuencia
- anteojos, con un nuevo par de marcos aprobados por Medicaid cada dos años o con más frecuencia cuando sean médicamente necesarios
- examen por visión reducida y ayudas para la visión reducida solicitadas por su médico
- remisiones a especialistas por enfermedades o defectos oculares

Atención hospitalaria

- atención para pacientes hospitalizados
- atención para pacientes ambulatorios
- pruebas de laboratorio, radiografías, otras pruebas

Atención de emergencia

- Los servicios de atención de emergencia son los procedimientos, tratamientos o servicios necesarios para evaluar o estabilizar una emergencia.

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

- Después de recibir atención de emergencia, es posible que necesite otro tipo de atención para asegurarse de que permanece en un estado estable. Según su necesidad, es posible que reciba tratamiento en una Sala de Emergencias, en una sala de hospital para pacientes hospitalizados o en otro centro. Esto se llama **Servicios Posteriores a la Estabilización**.
- Si desea más información sobre los servicios de emergencia, consulte la página 15.

Atención especializada

Incluye los servicios de otros especialistas, entre ellos:

- fisioterapeutas
- terapeutas ocupacionales y del habla
- audiólogos
- parteras
- especialistas en rehabilitación cardíaca
- profesionales de otras especialidades, como:
Reumatología, gastroenterología, otorrinolaringología, hematología/oncología, neumología, alergia/inmunología, neurología

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Atención en centros de atención médica residenciales (hogar de reposo)

- incluye estancias a corto plazo o rehabilitaciones;
- un médico debe solicitarla y debe contar con la autorización de MetroPlusHealth Enhanced;
- los servicios cubiertos del hogar de reposo incluyen supervisión médica, atención de enfermería las 24 horas, asistencia para las actividades de la vida cotidiana, fisioterapia, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje.

Si necesita ser ingresado en un hogar de reposo a largo plazo (permanente), su departamento de servicio sociales local debe determinar si usted reúne ciertos requisitos en cuanto a los ingresos de Medicaid. MetroPlus Health Plan y el hogar de reposo pueden ayudarlo con la solicitud. Las estancias en hogares de reposo a largo plazo (permanentes) no son un beneficio cubierto por HARP de MetroPlus Health. Si califica para una asignación de largo plazo permanente, tendrá que cancelar su inscripción en el plan HARP de MetroPlusHealth. Este beneficio estará cubierto bajo la tarifa por servicio de Medicaid hasta que esté inscrito en un plan de atención administrada de Medicaid.

ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

La atención de salud conductual incluye tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias (alcohol y drogas) y servicios de rehabilitación. Todos los miembros tienen acceso a servicios para obtener ayuda con la salud emocional o con los problemas por consumo de sustancias o alcohol.

Estos servicios incluyen:

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

Atención de salud mental para adultos

- Servicios psiquiátricos
- Servicios psicológicos
- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados
- Inyecciones para trastornos relacionados con salud conductual
- Servicios de rehabilitación si reside en un hogar comunitario o si está bajo tratamiento con base en la familia
- Asesoramiento individual y grupal a través de clínicas de la Oficina de Salud Mental (OMH, por sus siglas en inglés)

Atención ambulatoria de salud mental para adultos

- Tratamiento diurno continuo (CDT, por sus siglas en inglés)
- Hospitalización parcial (PH, por sus siglas en inglés)

Atención ambulatoria de salud mental de rehabilitación para adultos

- Tratamiento asertivo en la comunidad (ACT, por sus siglas en inglés)
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés)

Servicios en caso de crisis de salud mental para adultos

- Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés) incluyendo camas para observación extendida
- Servicios de intervención por crisis
 - Servicios móviles y telefónicos en caso de crisis
- Programas residenciales en caso de crisis
 - Apoyo residencial en caso de crisis: Es un programa para personas de 21 años en adelante con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no pueden tratarse en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.
 - Residencia en caso de crisis intensiva: Es un programa de tratamiento para personas de 21 años en adelante que tienen angustia emocional grave.

Servicios para el trastorno por consumo de sustancias

- Servicios en caso de crisis
 - Control de la abstinencia administrada médicamente
 - Control de la abstinencia supervisada por personal médico (pacientes hospitalizados/ambulatorios)
- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes hospitalizados (en el hospital o la comunidad)
- Servicios residenciales de tratamiento de adicciones
 - Estabilización en un entorno residencial
 - Rehabilitación en un entorno residencial
 - Reintegración en un entorno residencial

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Servicios ambulatorios de tratamiento de adicciones
 - Tratamiento intensivo ambulatorio
 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
 - Control ambulatorio de la abstinencia
 - Tratamiento asistido con fármacos
- Programas de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés)

Tratamiento por ludopatía provisto por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (OASAS)

MetroPlusHealth cubre el tratamiento por ludopatía provisto por programas certificados por la Oficina de Servicios y Apoyos para Adicciones (OASAS)

Puede recibir tratamiento para la ludopatía:

- de manera presencial; o
- por telesalud.

Si necesita tratamiento para ludopatía, puede recibirlo de un programa ambulatorio de la OASAS o, si es necesario, de un programa para pacientes hospitalizados o residencial de la OASAS.

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor, llame a Servicios al Miembro de MetroPlusHealth al número que aparece abajo.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (BH HCBS) Y SERVICIOS DE RECUPERACIÓN Y EMPODERAMIENTO ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE)

Estos servicios pueden ayudarlo con sus objetivos en la vida en cuanto al empleo, la escuela u otras áreas de su vida en las que desea trabajar. Para averiguar si califica, un Administrador de Atención del Hogar Médico debe completar una breve entrevista con usted que demostrará si puede beneficiarse de estos servicios. Si la entrevista demuestra que puede beneficiarse, el Administrador de Atención realizará una evaluación completa con usted para averiguar cuáles son sus necesidades de salud en general, incluso las necesidades físicas, conductuales y los servicios de rehabilitación.

Los BH HCBS incluyen:

- **Servicios de habilitación:** lo ayudan a aprender habilidades nuevas para vivir de manera

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

independiente en la comunidad.

- **Servicios de apoyo educativo:** lo ayudan a encontrar maneras para regresar a la escuela con el objetivo de recibir la educación y la capacitación que lo ayudarán a conseguir un empleo.
- **Servicios prevocacionales:** lo ayudan con las habilidades necesarias para prepararse para un empleo.
- **Servicios de empleo transitorio:** le dan apoyo durante un período de tiempo corto mientras usted prueba diferentes empleos. Incluye capacitación en el trabajo para adquirir un mayor dominio de las habilidades laborales para ayudarlo a conservar un empleo al salario mínimo o por encima de él.
- **Servicios de empleo con apoyo intensivo:** lo ayudan a encontrar un empleo al salario mínimo o por encima de él, y a conservarlo.
- **Servicios de empleo con apoyo continuo:** lo ayudan a conseguir un empleo y a tener éxito en él.
- **Transporte no médico:** transporte a actividades no vinculadas con la atención médica que están relacionadas con un objetivo de su plan de atención.

Nota: Los servicios de relevo en caso de crisis intensiva y a corto plazo (anteriormente parte de BH HCBS) se han convertido en beneficios de intervención en caso de crisis. Ahora se llaman servicios residenciales en caso de crisis y están disponibles para todos los miembros adultos de atención administrada de Medicaid.

Los cuatro (4) servicios de BH HCBS para adultos que se trasladaron a servicios de CORE lo ayudarán a mejorar el acceso a los servicios y a utilizar la experiencia de los médicos y profesionales de rehabilitación para respaldar el proceso de elegibilidad y admisión. Los servicios de CORE requieren la recomendación de un médico con licencia en las artes de la curación (LPHA, por sus siglas en inglés).

Los cuatro servicios nuevos de CORE son:

- Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés)
- Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés)
- Servicios de empoderamiento – Apoyos de personas en situación similar
- Apoyo y capacitación familiar (FST, por sus siglas en inglés)

Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS) – Miembros de HARP

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Los Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad (BH HCBS) pueden ayudar a los miembros de HARP de MetroPlusHealth a alcanzar sus objetivos de vida y a estar más involucrados en la comunidad. Estos servicios pueden ayudar con lo siguiente:

- Independencia: Habilidades sociales y de la vida diaria
- Educación y empleo
- Apoyos familiares y de compañeros
- Gestión de crisis - Los servicios de relevo en caso de crisis ayudan a gestionar las crisis de salud mental y por el consumo de sustancias en un entorno seguro.

Elegibilidad y niveles de BH HCBS

Los Administradores de Atención del Hogar Médico (HHCM, por sus siglas en inglés) utilizan la evaluación de elegibilidad del estado de Nueva York para determinar si los miembros de HARP y los miembros elegibles para un plan SNP para personas con VIH o HARP pueden recibir servicios de BH HCBS para adultos y, de ser así, para qué nivel de servicio califican.

Antes de la evaluación, el HHCM debe verificar la inscripción actual en HARP o en el SNP para personas con VIH.

- Los servicios que se ofrecen en el Nivel 1 son los siguientes:
 - Educación
 - Empleo
- Los servicios del Nivel 2 incluyen todos los servicios del Nivel 1 y:
 - Apoyos residenciales / de habilitación
- **Nota:** El estado de Nueva York está cambiando el proceso de evaluación de BH HCBS y renombrando los servicios de BH HCBS a servicios de CORE (siglas en inglés de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad). El objetivo es eliminar las barreras de acceso y ampliar la red de remisiones para promover un mayor uso de los servicios. Estos cuatro (4) servicios se detallan a partir de la página 26.
- La elegibilidad para HARP se basa en determinados factores, tales como uso previo de servicios de salud conductual en Medicaid.
- Las personas pueden solicitar a los proveedores que las atienden que consulten su estado de elegibilidad o pueden llamar a New York Medicaid Choice al 855.789.4277; usuarios de TTY: 888.329.1541.

DESCRIPCIÓN DE LOS BH HCBS Y LOS SERVICIOS DE RECUPERACIÓN ORIENTADOS A LA COMUNIDAD (CORE) PARA ADULTOS

Hay diferentes servicios humanos y de salud provistos por los Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad y Servicios de Recuperación Orientados a la Comunidad (CORE), que están disponibles para ayudarle a alcanzar sus objetivos de vida y a estar más activo en su comunidad. Si es elegible, puede recibir los siguientes servicios:

Los servicios de BH HCBS incluyen:

- **Servicios de habilitación:** para miembros que necesitan desarrollar habilidades básicas funcionales, sociales y de la vida. Servicios:
 - Ayudar a los miembros a adquirir habilidades, entre ellas, la comunicación efectiva y la construcción de relaciones en la comunidad, así como el uso de los recursos comunitarios.
 - Puede ser útil después de la falta de vivienda, la hospitalización o el encarcelamiento prolongados.
- **Servicios de apoyo educativo:** lo ayudan a encontrar maneras para regresar a la escuela con el objetivo de recibir la educación y la capacitación que lo ayudarán a conseguir un empleo. Los servicios incluyen:
 - Asistencia para presentar solicitudes de ayuda financiera y en escuelas;
 - Inscripción en escuelas;
 - Navegar el sistema escolar;
 - Negociar adaptaciones razonables;
 - Identificar recursos de tutoría.
- **Servicios prevocacionales:** lo ayudan con las habilidades necesarias para prepararse para un empleo. Los servicios incluyen:
 - Preparar a los miembros que tienen poca o ninguna experiencia laboral o que no han trabajado en mucho tiempo para un empleo competitivo.
 - Las oportunidades deben ser en un entorno de trabajo integrado donde se emplee a personas de la comunidad en general.
- **Servicios de empleo transitorio:** le dan apoyo durante un período de tiempo corto mientras usted prueba diferentes empleos. Incluye capacitación en el trabajo para adquirir un mayor dominio de las habilidades laborales para ayudarlo a conservar un empleo al salario mínimo o por encima de él.
 - Preparar a los miembros que tienen poca o ninguna experiencia laboral o que no han trabajado en mucho tiempo para un empleo competitivo en la comunidad en general.
 - Las vacantes de empleo de transición las organiza el proveedor de HCBS mediante un acuerdo formal con las empresas que contratan a personas de la comunidad en general.

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

- **Servicios de empleo con apoyo intensivo:** lo ayudan a encontrar un empleo al salario mínimo o por encima de él, y a conservarlo.
- **Servicios de empleo con apoyo continuo:** lo ayudan a conseguir un empleo y a tener éxito en él.
- **Transporte no médico:** transporte a actividades no vinculadas con la atención médica que están relacionadas con un objetivo de su plan de atención.

Los cuatro (4) servicios de BH HCBS para adultos que se trasladaron a servicios de CORE lo ayudarán a mejorar el acceso a los servicios y a utilizar la experiencia de los médicos y profesionales de rehabilitación para respaldar el proceso de elegibilidad y admisión. Los servicios de CORE requieren la recomendación de un médico con licencia en las artes de la curación (LPHA, por sus siglas en inglés). Los nuevos servicios de CORE incluyen:

Rehabilitación psicosocial (PSR, por sus siglas en inglés)

Este servicio ayuda con habilidades de la vida, como:

- hacer contactos sociales,
- encontrar o mantener un empleo,
- comenzar o regresar a la escuela, y
- usar recursos de la comunidad.

Apoyo y tratamiento psiquiátrico comunitario (CPST, por sus siglas en inglés)

Este servicio le ayuda a controlar sus síntomas mediante asesoramiento y tratamiento clínico.

Servicios de empoderamiento – Apoyos de personas en situación similar

Este servicio lo conecta con especialistas en situación similar, que han pasado por el proceso de recuperación. Recibirá apoyo y asistencia para aprender a:

- vivir con problemas de salud y ser independiente,
- ayudarlo a tomar decisiones sobre su propia recuperación, y
- encontrar recursos y apoyos naturales.

Apoyo y capacitación familiar (FST, por sus siglas en inglés)

Este servicio les proporciona a sus familiares y amigos la información y las habilidades que necesitan para ayudarlo y apoyarlo.

Nota: Los servicios de relevo en caso de crisis intensiva y a corto plazo (anteriormente parte de BH HCBS) se han convertido en beneficios de intervención en caso de crisis. Ahora se llaman **servicios residenciales en caso de crisis** y están disponibles para todos los miembros adultos de atención administrada de Medicaid. Estos servicios pueden incluir:

- Apoyo de compañeros;
- Coordinación con otros proveedores;

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Orientación de salud y bienestar;
- Planificación para la prevención de crisis;
- Educación sobre las herramientas de autoayuda;
- Resolución de conflictos;
- Compromiso de la familia y otros apoyos naturales;
- Remisiones o enlaces a proveedores de la comunidad.

Los servicios adicionales residenciales en caso de crisis pueden incluir:

- Evaluación psiquiátrica;
- Evaluación integral que incluye examen de detección de problemas de salud física;
- Evaluación de riesgo;
- Administración de medicamentos;
- Asesoramiento individual y grupal;
- Apoyo familiar;
- Apoyo de compañeros;
- Remisiones o enlaces a proveedores de la comunidad.

Servicios de residencia en caso de crisis para adultos

MetroPlusHealth pagará servicios de residencia en caso de crisis. Son servicios nocturnos. Estos servicios tratan a adultos que tienen una crisis emocional. Los servicios incluyen:

Apoyo residencial en caso de crisis

Es un programa para personas de 21 años en adelante con síntomas de angustia emocional. Estos síntomas no pueden tratarse en el hogar ni en la comunidad sin ayuda.

Residencia en caso de crisis intensiva

Es un programa de tratamiento para personas de 21 años en adelante que tienen angustia emocional grave.

Servicios móviles y telefónicos en caso de crisis

Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP, por sus siglas en inglés) incluyendo camas para observación extendida

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios de Reducción de Daños

Si necesita ayuda relacionada con el trastorno por consumo de sustancias, los servicios de reducción de daños pueden ofrecerle un enfoque completo orientado al paciente para su salud y bienestar.

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

MetroPlusHealth

Enhanced Plan cubre los servicios que pueden ayudar a reducir el consumo de sustancias y otros daños relacionados. Estos servicios incluyen:

- Un plan de atención desarrollado por una persona con experiencia en el trabajo con consumo de sustancias.
- Asesoramiento de apoyo individual que ayuda a lograr sus objetivos.
- Asesoramiento de apoyo grupal en un espacio seguro para hablar con otras personas sobre asuntos que afectan su salud y bienestar.
- Asesoramiento para ayudarlo a tomar su medicamento recetado y continuar el tratamiento.
- Grupos de apoyo para ayudarlo a comprender mejor el consumo de sustancias e identificar las técnicas y habilidades de afrontamiento que funcionarán para usted.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios de infertilidad

Si no puede quedar embarazada, MetroPlusHealth cubre servicios que pueden ayudarlo.

MetroPlusHealth cubrirá algunos medicamentos para la infertilidad. Este beneficio estará limitado a la cobertura de 3 ciclos de tratamiento durante su vida.

MetroPlusHealth también cubrirá servicios relacionados con la prescripción y vigilancia del uso de dichos medicamentos. El beneficio para infertilidad incluye:

- Visitas al consultorio
- Radiografías del útero y las trompas de Falopio
- Ultrasonido pélvico
- Análisis de sangre

Elegibilidad

Usted puede ser elegible para servicios de infertilidad si cumple con los siguientes criterios:

- Tiene entre 21 y 34 años y no puede quedar embarazada después de 12 meses de relaciones sexuales normales sin protección.
- Tiene entre 35 y 44 años y no puede quedar embarazada después de 6 meses de relaciones sexuales normales sin protección.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Servicios del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP)

Si se encuentra en riesgo de padecer diabetes tipo 2, MetroPlusHealth cubre servicios que pueden ayudarlo.

MetroPlusHealth cubre servicios de prevención de la diabetes a través del Programa Nacional de Prevención de la Diabetes (NDPP, por sus siglas en inglés). Este beneficio cubre 22 sesiones de capacitación en grupo del NDPP a lo largo de 12 meses.

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

El **Programa Nacional de Prevención de la Diabetes** es un programa educativo y de apoyo que está diseñado para ayudar a personas en situación de riesgo a evitar la diabetes tipo 2. El programa consta de sesiones de capacitación en grupo que se enfocan en los efectos positivos a largo plazo de la alimentación sana y el ejercicio. Los objetivos de estos cambios en el estilo de vida incluyen una pérdida de peso modesta y un aumento de la actividad física. Las sesiones del NDPP son impartidas por un asesor capacitado en temas de estilo de vida.

Elegibilidad

Usted podría ser elegible para servicios de prevención de la diabetes si tiene la recomendación de un médico u otro profesional autorizado y:

- Tiene al menos 21 años,
- No está embarazada,
- Tiene sobrepeso, y
- No ha recibido previamente un diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2.

Y satisface uno de los siguientes criterios:

- Ha tenido un resultado dentro del rango prediabético en una prueba de sangre durante el último año, o
- Anteriormente ha recibido un diagnóstico de diabetes gestacional, o
- Obtiene 5 puntos o más en la prueba de riesgo de prediabetes del CDC y la Asociación Estadounidense de Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés).

Hable con su médico para averiguar si cumple los requisitos para participar en el NDPP.

Para conocer más sobre estos servicios, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 (TTY: 711).

Otros servicios cubiertos

- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), audífonos, protésicos, productos ortóticos
- Servicios ordenados por un tribunal
- Administración de casos
- Ayuda para recibir servicios de apoyo social
- FQHC
- Planificación familiar
- Servicios de un podólogo

Beneficios que puede obtener de nuestro plan O con la tarjeta de Medicaid

Para algunos servicios, puede elegir dónde desea recibir la atención. Puede obtener los servicios usando la tarjeta de membresía de MetroPlusHealth Enhanced. También puede consultar a proveedores que acepten su tarjeta de beneficios de Medicaid. *No necesita una remisión de su PCP para recibir estos servicios.* Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si tiene preguntas.

Planificación familiar

Puede consultar a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid u ofrezca servicios de planificación familiar.

O puede consultar a alguno de nuestros proveedores de planificación familiar. En cualquiera de los dos casos, no necesita una remisión de su PCP.

Puede obtener anticonceptivos, dispositivos para el control de la natalidad (DIU y diafragmas) que están disponibles con una receta médica, además de anticonceptivos de emergencia, esterilización, pruebas de embarazo, atención prenatal y servicios de aborto. También puede consultar a un proveedor de planificación familiar para pruebas y tratamientos del VIH y de infecciones de transmisión sexual (ITS), y para el asesoramiento relacionado con los resultados de la prueba. Los exámenes de detección de cáncer y otras afecciones relacionadas también se incluyen en las visitas de planificación familiar.

Examen de detección del VIH e ITS

Puede recibir este servicio en cualquier momento de su PCP y los médicos de MetroPlusHealth Enhanced. Cuando usted recibe este servicio como parte de una visita de planificación familiar, puede ver a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid u ofrezca servicios de planificación familiar. No necesita una remisión cuando recibe este servicio como parte de su visita de planificación familiar.

Todos deberían conversar con su médico acerca de someterse a una prueba del VIH. Para acceder a una prueba del VIH gratuita o a una prueba del VIH anónima, llame al 800.541.AIDS (inglés) o al 800.233.SIDA (español).

Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TB)

Usted puede elegir visitar a su PCP o a la agencia de salud pública del condado para su diagnóstico y/o tratamiento. No necesita una remisión para consultar a la agencia de salud pública del condado.

Beneficios con su TARJETA DE MEDICAID únicamente

Hay ciertos servicios que MetroPlusHealth Enhanced no provee. Usted puede obtener estos servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Farmacia

Puede obtener recetas, medicamentos de venta libre, fórmulas enterales y algunos suministros médicos en cualquier farmacia que acepte Medicaid. Es posible que algunas personas tengan que pagar un copago para obtener ciertos medicamentos o artículos de farmacia.

Algunos medicamentos pueden requerir que su médico obtenga la autorización previa de Medicaid antes de que la farmacia pueda dispensar su medicamento. Obtener la autorización previa es un proceso sencillo para su médico y no le impide obtener los medicamentos que necesita.

Transporte

Medicaid común cubre el transporte de emergencia y que no sea de emergencia.

Para obtener transporte que no sea de emergencia, usted o su proveedor deben llamar a Medical Answering Services (MAS) al 844.666.6270. De ser posible, usted o su proveedor deben llamar a MAS al menos 3 días antes de su cita médica y proveer su número de identificación de Medicaid (por ejemplo, AB12345C), la fecha y hora de la cita, el domicilio adónde va y el médico al que visitará. Para obtener más información sobre cómo acceder a sus servicios de transporte, llame al 844.666.6270 o visite su sitio web en www.medanswering.com

El transporte que no sea de emergencia incluye: vehículo personal, autobús, taxi, *ambulette* y transporte público.

Si tiene una emergencia y necesita una ambulancia, llame al 911.

Discapacidades en el desarrollo

- Tratamientos a largo plazo
- Tratamiento diurno
- Servicios de vivienda
- Programa de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés)
- Servicios recibidos en virtud de un programa de Exención de Servicios de Salud Conductual Basados en el Hogar y la Comunidad
- Servicios de exenciones del modelo de atención médica (atención en el hogar)

Servicios que NO están cubiertos

Estos servicios no están disponibles a través de MetroPlusHealth Enhanced ni Medicaid. Si recibe cualquiera de estos servicios, es posible que deba pagar una factura.

- Cirugía cosmética si no es médicamente necesaria
- Artículos personales o de bienestar
- Servicios de un proveedor que no forma parte de MetroPlusHealth Enhanced, a menos que usted esté autorizado a consultar a ese proveedor, tal como se describe en otra parte de este

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

manual, o que MetroPlusHealth Enhanced o su PCP lo remitan a ese proveedor; o que sean servicios de emergencia.

Es posible que deba pagar por cualquier servicio que su PCP no apruebe. O, si usted acuerda ser un paciente que “paga en forma privada” o que “paga usted mismo” antes de recibir el servicio, tendrá que pagar por el servicio.

Esto incluye:

- servicios que no están cubiertos (se mencionan más arriba),
- servicios no autorizados,
- servicios provistos por proveedores que no forman parte de MetroPlusHealth Enhanced.

Si recibe una factura

Si recibe una factura por un tratamiento o servicio que no cree que debería pagar, no lo ignore. Llame a MetroPlusHealth Enhanced al 800.303.9626 de inmediato. MetroPlusHealth Enhanced puede ayudarlo a entender por qué recibió una factura. Si no es responsable del pago, MetroPlusHealth Enhanced se pondrá en contacto con el proveedor y lo ayudará a resolver el problema.

Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si cree que se le solicita que pague algo que Medicaid o MetroPlusHealth Enhanced deberían cubrir. Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626.

Autorización de servicios

Autorización previa

Para algunos tratamientos y servicios, usted necesita obtener su aprobación antes de recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Usted o alguien de su confianza pueden solicitarla. Se debe obtener la aprobación de los siguientes tratamientos y servicios antes de recibirlos:

Su PCP puede aprobar las remisiones a **proveedores participantes** para:

- Atención especializada
- Servicios de laboratorio

Usted o su PCP deben obtener la aprobación de MetroPlusHealth si:

- Es remitido a un proveedor que no forma parte de la red de MetroPlusHealth, a menos que requiera atención en una sala de emergencias
- Obtiene una remisión permanente a un especialista
- Es ingresado en un hospital, excepto en caso de emergencia o para dar a luz a un bebé
- Se somete a una cirugía como paciente ambulatorio en cualquier hospital, excepto en un hospital de HHC
- Se somete a una intervención potencialmente cosmética en cualquier centro

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

- Recibe tratamientos por una disfunción eréctil
- Recibe atención quiropráctica
- Recibe pruebas prenatales o genéticas
- Participa en estudios clínicos
- Recibe terapia de infusión en el hogar
- Recibe un trasplante
- Recibe transporte aéreo de emergencia
- Recibe transporte en casos que no son de emergencia
- Recibe anestesia para cirugía bucal
- Necesita lentes de contacto
- Requiere servicios de transgénero
- Requiere servicios de adherencia al tratamiento
- Se le asigna un enfermero privado en el hospital
- Es ingresado en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación para pacientes agudos, entre ellos, todos los servicios de médicos provistos durante un ingreso en un centro de enfermería especializada.
- Es ingresado en un hospital para la terapia de observación directa para la tuberculosis
- Recibe servicios de atención en el hogar
- Recibe servicios de cuidados paliativos
- Recibe servicios de cuidado personal o servicios del Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor Servicios
- Solicita PERS (Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales)
- Recibe atención médica diurna para adultos o atención médica diurna para adultos con SIDA
- Recibe atención en un hogar de reposo a largo plazo
- Obtiene un equipo médico duradero (DME), incluso aparatos ortóticos, prótesis, fórmula enteral y suministros (la fórmula se obtiene a través del administrador del beneficio de farmacia)
- Recibe más de 40 visitas de fisioterapia, 20 visitas de terapia ocupacional o terapia del habla Y se encuentra en una de las categorías que aparecen abajo:
 - Niños hasta 20 años
 - Cualquier persona con una discapacidad en el desarrollo
 - Cualquier persona con un traumatismo cerebral

Nota: No se requiere autorización previa para servicios como paciente hospitalizado por SUD que sean médicamente necesarios, incluida la desintoxicación, la rehabilitación o el tratamiento residencial autorizado por OASAS.

Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Para obtener la aprobación de estos tratamientos o servicios, usted tiene que hacer lo siguiente:

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 o puede enviar una solicitud por fax al 212.908.8521. Un representante de Servicios al Miembro responderá cualquier pregunta que pudiera tener sobre el proceso y transferirá su llamada al Departamento de Revisión de la Utilización (UR, por sus siglas en inglés), en caso de ser necesario. Revisión de la utilización es lo que hacemos para decidir si un tratamiento es médicamente necesario y si MetroPlus Health Plan lo aprobará y pagará. Médicos y enfermeros toman las decisiones. Para hacerlo, verifican el plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptados. El personal de UR está disponible de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. De lunes a viernes. Puede llamar a la Línea Directa de Atención Médica disponible las 24 horas al (800.442.2560) si necesita asistencia con un problema médico. El personal de UR responderá su mensaje el siguiente día hábil.

Usted o su médico también pueden presentar una solicitud de autorización de servicio por escrito enviándola a:

MetroPlusHealth Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Prior Authorization

También deberá obtener una autorización previa si actualmente recibe uno de estos servicios, pero necesita continuar o recibir más atención. Esto se denomina **revisión concurrente**.

Qué sucede después de que recibimos la solicitud de autorización de servicio:

El plan de salud tiene un equipo de revisión para asegurarse de que usted reciba los servicios que prometemos. Nosotros nos encargamos de corroborar que el servicio que usted está solicitando cuente con la cobertura de su plan de salud. El equipo de revisión está formado por médicos y enfermeros. Su trabajo es asegurarse de que el tratamiento o servicio que usted solicitó sea médicamente necesario y adecuado para usted. Para hacerlo, verifican el plan de tratamiento con los estándares médicamente aceptados.

Podemos decidir denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada. Profesionales de atención médica calificados tomarán estas decisiones. Si decidimos que el servicio solicitado no es médicamente necesario, la decisión la tomará un revisor clínico que puede ser un médico u otro profesional de atención médica que generalmente provee la atención que usted solicitó. Puede solicitar los estándares médicos específicos, denominados **criterios de revisión clínica**, que utilizamos para tomar decisiones sobre la necesidad médica.

Después de que recibimos su solicitud, la revisaremos a través del proceso **estándar o rápido**. Usted o su médico pueden solicitar una revisión rápida si se cree que una demora puede provocar daños graves a su salud. Le informaremos si se deniega su solicitud para la revisión rápida, y su caso se revisará mediante el proceso de revisión estándar.

Haremos un seguimiento rápido de su revisión si:

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Una demora podría poner su salud, vida o capacidad de funcionar en un riesgo grave;
- Su proveedor informa que la revisión debe ser más rápida;
- Usted solicita una mayor cantidad de un servicio que actualmente recibe;

En todos los casos, revisaremos su solicitud tan pronto como su afección médica nos lo requiera, pero nunca excederemos los plazos que se mencionan abajo.

Les informaremos a usted y a su proveedor por teléfono y por escrito si aprobamos o denegamos su solicitud. También le indicaremos las razones de nuestra decisión. Le explicaremos qué opciones de apelaciones o audiencias imparciales tiene si no está de acuerdo con nuestra decisión. (Consulte también las secciones *Apelaciones al plan* y *Audiencia imparcial* más adelante en este manual).

Plazos para las solicitudes de autorización previa:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión sobre su solicitud en un plazo de 3 días hábiles a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos el día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión y se la informaremos en un plazo de 72 horas. Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Plazos para solicitudes de revisión concurrente:

- **Revisión estándar:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria, pero le responderemos, como máximo, 14 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos el día 14 si necesitamos más información.
- **Revisión rápida:** Tomaremos una decisión dentro de 1 día hábil a partir de que tengamos toda la información necesaria. Le responderemos, como máximo, 72 días después de que recibamos su solicitud. Le informaremos dentro de 1 día hábil si necesitamos más información.

Plazos especiales para otras solicitudes:

- Si usted está en el hospital o recientemente ha sido dado de alta y usted solicita atención médica a domicilio, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

Servicios al Miembro 800.303.9626
Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Si usted recibe tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado y solicita más servicios al menos 24 horas antes de ser dado de alta, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si está solicitando servicios de salud mental o para trastorno por consumo de sustancias, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si usted está solicitando un medicamento recetado para paciente ambulatorio, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud.
- Un protocolo de terapia escalonada significa que usted primero intenta otro medicamento antes de que aprobemos el medicamento que usted está solicitando. Si usted está solicitando una aprobación de exención a un protocolo de terapia escalonada, tomaremos una decisión dentro de las 24 para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Para otros medicamentos, tomaremos una decisión dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud.

Si necesitamos más información para tomar una decisión rápida o estándar acerca de la solicitud de servicio:

- Le escribiremos e indicaremos qué información se necesita. Si su solicitud es para una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y después le enviaremos un aviso por escrito.
- Le indicaremos por qué le conviene que haya una demora.
- Tomaremos una decisión a más tardar a los 14 días de haberle solicitado más información.

Usted, su proveedor o alguien de su confianza pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. El motivo de esto podría ser que aún cuente con más información para presentar al plan para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 800.303.9626 o por escrito a:

MetroPlusHealth Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Prior Authorization

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su solicitud. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800.206.8125.

Le notificaremos, a más tardar, en la fecha en que vence nuestro plazo para la revisión. Pero si por algún motivo no nos comunicamos con usted para esa fecha, es como si hubiéramos denegado su

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

solicitud de autorización de servicio. Si no respondemos a una solicitud de exención a un protocolo de terapia escalonada, entonces su solicitud se aprobará.

Si usted considera que nuestra decisión de denegar su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, tiene derecho a presentar una apelación al plan con nosotros. Consulte la sección *Apelación al plan* más adelante en este manual.

Otras decisiones sobre su atención:

A veces, realizaremos una revisión concurrente de la atención que recibe para verificar si aún la necesita. También revisaremos tratamientos y servicios que ya ha recibido. Esto se denomina **revisión retrospectiva**. Le informaremos si tomamos estas decisiones.

Plazos para otras decisiones sobre su atención:

- En la mayoría de los casos, si tomamos la decisión de reducir, suspender o cancelar un servicio que hemos aprobado con anterioridad y que usted recibe actualmente, debemos informarle al menos 10 días antes de que modifiquemos el servicio.
- Debemos informarle al menos 10 días antes de tomar cualquier decisión sobre servicios y apoyos a largo plazo, tales como atención médica a domicilio, cuidado personal, CDPAS, atención médica diurna para adultos y atención en un hogar de reposo.
- Si verificamos atención que recibió en el pasado, tomaremos una decisión sobre el pago dentro de los 30 días posteriores a la recepción de toda la información que necesitamos para la revisión retrospectiva. Si denegamos el pago de un servicio, le enviaremos un aviso a usted y a su proveedor el día que se deniega el pago. Estos avisos no son facturas. **No tendrá que pagar la atención que recibió que estaba cubierta por el plan o por Medicaid, incluso si luego le denegamos el pago al proveedor.**

También puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 844.614.8800 (**Servicio de retransmisión TTY:** 711)
Internet: icannys.org | **Correo electrónico:** ican@cssny.org

Cómo se les paga a los proveedores

Usted tiene el derecho de preguntarnos si tenemos algún acuerdo financiero especial con nuestros médicos que podría afectar el uso de los servicios de atención médica. Puede llamar a Servicios al Miembro (800.303.9626) si tiene inquietudes específicas. También queremos informarle que a la mayoría de nuestros proveedores se les paga de una o más de las siguientes maneras.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Si su PCP trabaja en una clínica o en un centro de salud, probablemente reciba un **sueldo**. La cantidad de pacientes que ve no lo modifica.
- Nuestros PCP que trabajan en sus propios consultorios pueden establecer una tarifa mensual por cada paciente del cual ellos son los PCP. La tarifa será la misma, independientemente de si el paciente necesita una visita o muchas -o incluso ninguna. Esto se denomina **capitación**.
- A veces, algunos proveedores establecen una tarifa fija por cada persona en su lista de pacientes, pero parte del dinero (quizá el 10 %) puede ser retenido para un fondo de **incentivo**. A fin de año, este fondo se utiliza para recompensar a los PCP que han alcanzado los estándares que estableció el plan para recibir un pago extra.
- A los proveedores también se les puede pagar una **tarifa por servicio**. Esto significa que reciben una tarifa acordada por el plan por cada servicio que proveen.

Usted puede ayudar con las políticas del plan

Valoramos sus ideas. Usted puede ayudarnos a desarrollar políticas para prestar mejores servicios a nuestros miembros. Si tiene ideas, cuéntenos sobre ellas. Quizá le gustaría trabajar con uno de nuestros comités o consejos asesores para miembros. Llame a Servicios al Miembro al 800.30.3.9626 para obtener información sobre cómo puede ayudar.

Información de Servicios al Miembro

A continuación presentamos la información que puede obtener llamando a Servicios al Miembro al 800.303.9626 o visitando nuestro sitio web en www.MetroPlusHealth.org.

- Una lista de los nombres, domicilios y cargos del Directorio, funcionarios, partes controlantes, propietarios y miembros de MetroPlusHealth Enhanced.
- Una copia de los estados contables/financieros más actualizados, y resúmenes de ingresos y gastos.
- Una copia del contrato actualizado con suscriptores de pago directo individual.
- Información del Departamento de Servicios Financieros sobre quejas de consumidores sobre MetroPlusHealth Enhanced.
- Cómo mantenemos la privacidad de su historial médico y de su información de miembro.
- Por escrito, le informaremos cómo controla nuestro plan la calidad de la atención que se le provee a los miembros.
- Le informaremos en qué hospitales trabajan nuestros proveedores de salud.
- Si usted nos los solicita por escrito, le informaremos las pautas que utilizamos para revisar las afecciones o enfermedades que están cubiertas por MetroPlusHealth Enhanced.
- Si usted nos los solicita por escrito, le informaremos las calificaciones necesarias y cómo pueden solicitar formar parte de MetroPlusHealth Enhanced los proveedores de atención médica.
- Si usted nos lo solicita, le informaremos 1) si nuestros contratos o subcontratos incluyen acuerdos de incentivos para médicos que afectan el uso de servicios de remisión; y, en ese

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

caso, 2) los tipos de acuerdos que usamos; y 3) si se provee una protección para limitar pérdidas a los médicos y grupos de médicos.

- Información sobre cómo está constituida nuestra empresa y cómo funciona.

Manténganos informado

Llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626 cuando se produzcan los siguientes cambios en su vida:

- Cambia su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambia su elegibilidad de Medicaid
- Se queda embarazada
- Da a luz
- Hay un cambio en el seguro para usted
- Cuando se inscribe en un nuevo programa de administración de casos o recibe servicios de administración de casos en otra organización comunitaria

Si usted ya no recibe Medicaid, consulte con New York State of Health. *Quizá* pueda inscribirse en otro programa.

DESAFILIACIONES Y TRANSFERENCIAS

1. Si USTED desea dejar el plan MetroPlusHealth Enhanced

Puede tener un período de prueba de 90 días con nosotros. Puede dejar MetroPlusHealth Enhanced e inscribirse en otro plan de salud en cualquier momento durante ese plazo. Sin embargo, si usted no deja el plan en los primeros 90 días, debe permanecer en MetroPlusHealth Enhanced durante nueve meses, *a menos* que tenga un buen motivo (causa justificada).

Algunos ejemplos de causa justificada incluyen:

- Nuestro plan de salud no cumple con los requisitos del estado de Nueva York y los miembros se ven perjudicados por ello.
- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Usted, el plan y su departamento de servicios sociales local todos acuerdan que la desafiliación es para su beneficio.
- Usted está o se convierte en exento o excluido de la atención administrada.
- No ofrecemos servicios de atención administrada de Medicaid que puede obtener de otro plan de salud en su área.
- Usted necesita un servicio que está relacionado con un beneficio que hemos optado por no cubrir y obtener el servicio por separado implicaría poner en riesgo su salud.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- No hemos podido proveerle servicios a usted, tal como estamos obligados en virtud de nuestro contrato con el Estado.

Para cambiar de plan:

- Llame al personal de Atención Administrada de su Departamento de Servicios Sociales local.
- Si usted vive en los condados de Bronx, Kings, Nueva York, Richmond o Queens, llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden ayudarlo a cambiar de plan:

Puede cancelar su inscripción o transferirse a otro plan por teléfono. Si tiene que estar en un plan de atención administrada, tendrá que elegir otro plan de salud.

Puede demorar entre dos y seis semanas su procesamiento, en función de cuándo se reciba su solicitud. Recibirá un aviso informándole que el cambio entrará en vigor en una fecha determinada. MetroPlusHealth Enhanced le proveerá la atención que usted necesita hasta entonces.

Puede solicitar una acción rápida si considera que los plazos de un proceso estándar provocarán más daños a su salud. También puede solicitar una acción rápida si ha presentado una queja porque no está de acuerdo con la inscripción. Solo llame a su Departamento de Servicios Sociales local o a New York Medicaid Choice.

2. Puede que ya no cumpla con los requisitos para el Plan de Salud y Recuperación y el Plan de Atención Administrada de Medicaid

- Es posible que deba abandonar MetroPlusHealth Enhanced si:
 - se muda fuera del condado o del área de servicio,
 - se cambia a otro plan de atención administrada,
 - se inscribe en un plan HMO o en otro plan de seguro a través del trabajo,
 - va a prisión, o
 - pierde la elegibilidad de otra forma.
- **Si tiene que abandonar MetroPlusHealth Enhanced o ya no califica para Medicaid, todos sus servicios se pueden cancelar inesperadamente, incluso toda atención que usted recibe en el hogar.** Llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678 inmediatamente si sucede esto.

3. Podemos pedirle que abandone MetroPlusHealth Enhanced

- También puede perder la membresía en MetroPlusHealth Enhanced si usted, con frecuencia:

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Se rehúsa a trabajar con su PCP sobre su atención,
- No se presenta a las citas,
- Va a la sala de emergencias por atención que no sea de emergencia,
- No respeta las normas de MetroPlusHealth Enhanced,
- No completa los formularios con sinceridad o no da información verdadera (comete fraude),
- Actúa de maneras que nos dificulta dar lo mejor de nosotros para usted y los demás miembros, incluso después de haber intentado solucionar los problemas.

También puede perder la membresía en MetroPlusHealth Enhanced si abusa o provoca daños a miembros, proveedores o el personal del plan.

4. Si usted pierde su cobertura de Medicaid: Es posible que los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro puedan ayudarlo.

Si usted es VIH positivo y pierde la cobertura de Medicaid, es posible que sea elegible para los Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro (conocidos como ADAP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los programas proveen cobertura limitada para la atención y el tratamiento del VIH. Si tiene un seguro médico privado, también puede recibir ayuda para pagar las primas del seguro. Llame al 800.542.AIDS (2437) para obtener más información.

5. Independientemente del motivo por el cual se cancele su afiliación, nosotros prepararemos un plan de alta para ayudarlo a que reciba los servicios que necesita.

Apelaciones al plan

Para algunos tratamientos y servicios, usted necesita obtener su aprobación antes de recibirlos o para continuar recibéndolos. Esto se denomina **autorización previa**. Solicitar la aprobación de un tratamiento o servicio se denomina **solicitud de autorización de servicio**. Este proceso se describe más arriba en este manual. El aviso de nuestra decisión de denegar una solicitud de autorización de servicio o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina **Determinación adversa inicial**.

Si no está de acuerdo con nuestras decisiones acerca de su atención de Medicaid, existen ciertos pasos a seguir.

Su proveedor puede pedirnos una redeterminación:

Si tomamos la decisión de que su solicitud de autorización de servicio no era médicamente necesaria o era de carácter experimental o de investigación y no hablamos con su médico acerca de

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

ello, este nos puede pedir hablar con el director médico del plan. El director médico hablará con su médico en un día hábil.

Puede presentar una apelación al plan:

Si usted considera que nuestra decisión sobre su solicitud de autorización de servicio es incorrecta, puede solicitarnos que analicemos su caso nuevamente. Este se conoce como **apelación al plan**.

- Cuenta con **60 días calendario** a partir de la fecha del aviso de Determinación adversa inicial para solicitar una apelación al plan.
- Puede llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para solicitar una apelación al plan, o para seguir los pasos del proceso de apelaciones. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si requiere servicios de traducción.
- Usted mismo puede solicitar una apelación al plan, o alguien más puede hacerlo en su nombre, como un familiar, amigo, médico o abogado. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que deje por sentado que esa persona lo represente.
- No lo trataremos diferente ni tomaremos represalias contra usted por solicitar una apelación al plan.

Ayuda para continuar mientras se apela una decisión sobre su atención:

Si decidimos reducir, suspender o detener los servicios que está recibiendo ahora, usted puede continuar recibiendo los servicios mientras espera que se decida su apelación al plan. **Debe solicitar su Apelación al Plan:**

- **Dentro de los diez días posteriores a enterarse de que su atención médica cambiará; o**
- **Hasta la fecha en que está programado el cambio en los servicios, lo que sea posterior.**

Si la apelación al plan resulta en otra denegación, es posible que tenga que pagar el costo de cualquier continuación de beneficio que haya recibido.

Puede llamar o escribir para solicitar una apelación al plan. Cuando solicite una apelación al plan, tarde o temprano tendrá que proporcionarnos:

- Su nombre y dirección
- Número de afiliado
- El servicio que solicitó y el/los motivo(s) de la apelación
- Cualquier información que desee que revisemos, tales como historiales médicos, cartas de médicos u otra información que explique el motivo por el cual necesita el servicio.
- Cualquier información específica que indiquemos que necesitamos en el aviso de Determinación adversa inicial.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Para ayudarse a preparar para la apelación al plan, usted puede solicitar ver los lineamientos, los historiales médicos y demás documentos que utilizamos para tomar la Determinación adversa inicial. Si su apelación al plan tiene un seguimiento rápido, es posible que cuente con un tiempo acotado para proporcionarnos la información que usted desea que nosotros revisemos. Usted puede solicitar ver estos documentos o solicitar una copia gratis llamando al 800.303.9626.

Proporcionémos su información y materiales por teléfono, fax o correo postal:

Teléfono..... 800.303.9626
 Fax..... 212.908.8824
 Correo postal..... Appeals Coordinator
 50 Water Street
 New York, NY 10004

Si solicita una Apelación al Plan telefónicamente, a menos que cuente con un seguimiento rápido, también debe enviarnos su Apelación al Plan por escrito.

Si solicita un servicio o proveedor que no pertenece a la red:

- Si le informamos que el servicio que usted solicitó no es muy diferente al servicio que está disponible de un proveedor participante, puede solicitarnos que verifiquemos si este servicio es médicamente necesario para usted. Tendrá que solicitarle a su médico que envíe la siguiente información con su Apelación al Plan:
 - 1) una declaración por escrito de su médico acerca de que el servicio fuera de la red es muy diferente al servicio que el plan provee de un proveedor participante. Su médico debe estar certificado por el consejo o ser un especialista elegible para el consejo que trata a personas que necesitan el servicio que usted solicita.
 - 2) dos documentos médicos o científicos que respalden que el servicio que usted solicita es más beneficioso para usted y que no le provocará más daños que el servicio que el plan puede brindar a través de un proveedor participante.
- Si usted considera que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación o experiencia adecuadas para brindar un servicio, usted puede solicitar que verifiquemos si es médicamente necesario que usted sea remitido a un proveedor fuera de la red. Tendrá que solicitarle a su médico que envíe la siguiente información con su apelación:
 - 1) una declaración por escrito que establezca que nuestro proveedor participante no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades, y
 - 2) que recomiende a un proveedor fuera de la red con la capacitación y experiencia adecuadas que pueda brindarle el servicio.

Su médico debe estar certificado por el consejo o ser un especialista elegible para el consejo que trata a personas que necesitan el servicio que usted solicita.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Si su médico no envía esta información, revisaremos su apelación al plan de todas formas. Sin embargo, es posible que no sea elegible para una apelación externa. Consulte la sección *Apelación externa* más adelante en este manual.

Qué sucede después de recibir su apelación al plan:

- Dentro de los 15 días, le enviaremos una carta para informarle que estamos procesando su apelación al plan.
- Le enviaremos una copia gratis de sus historiales médicos y cualquier otra información que utilizaremos para tomar la decisión sobre la apelación. Si su apelación al plan tiene un seguimiento rápido, es posible que se cuente con un tiempo acotado para revisar esta información.
- También puede proporcionar información para la toma de dicha decisión en persona o por escrito. Llame a MetroPlusHealth Enhanced al 800.303.9626 si no está seguro qué información darnos.
- Las apelaciones al plan de asuntos clínicos las decidirán profesionales de atención médica calificados que no tomaron la primera decisión y al menos uno de ellos será un revisor clínico.
- Las decisiones que no sean clínicas estarán a cargo de personas que trabajan en un nivel superior al de las personas que tomaron su primera decisión.
- Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. El aviso de la decisión de la apelación al plan de denegar una solicitud de autorización o de aprobarla por una cantidad inferior a la solicitada se denomina **Determinación adversa definitiva**.
- **Si usted considera que nuestra Determinación adversa definitiva es incorrecta:**
 - puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección *Audiencia imparcial* más adelante en este manual.
 - para algunas decisiones, usted quizá pueda solicitar una apelación externa. Consulte la sección *Apelación externa* de este manual.
 - usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800.206.8125.

Plazos para las apelaciones al plan:

- **Apelaciones al plan estándar:** Si contamos con toda la información necesaria, le daremos a conocer nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario posteriores a la fecha en que solicitó la apelación al plan.
- **Apelaciones al plan rápidas:** Si contamos con toda la información necesaria, las decisiones de apelación al plan rápidas se tomarán en 2 días hábiles posteriores a la apelación al plan, pero no más allá de 72 horas posteriores a la solicitud de la apelación al plan.
 - Le informaremos dentro de las 72 horas si necesitamos más información.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- Si se denegó su solicitud de recibir más tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital, tomaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de 24 horas.
- Le informaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos una notificación por escrito.

Se revisará su apelación al plan de acuerdo con el proceso rápido:

- Si usted o su médico piden que la apelación al plan se revise utilizando dicho procedimiento. Su médico tendrá que explicar por qué el retraso puede provocarle daños a su salud. Le informaremos si se le deniega su solicitud para la revisión rápida, y su apelación al plan se revisará de acuerdo con el proceso estándar; **o**
- Si se denegó su solicitud de continuar recibiendo una atención que recibe actualmente o si necesita extender un servicio que se le ha brindado; **o**
- Si se denegó su solicitud de recibir atención médica a domicilio después de estar en el hospital; **o**
- Si se denegó su solicitud de recibir más tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital.

Si necesitamos más información ya sea para tomar una decisión rápida o estándar acerca de la apelación al plan:

- Le escribiremos e indicaremos qué información se necesita. Si su solicitud es para una revisión rápida, lo llamaremos de inmediato y después le enviaremos un aviso por escrito.
- Le indicaremos por qué le conviene que haya una demora.
- Tomaremos una decisión a más tardar a los 14 días de haberle solicitado más información.

Usted o su representante también pueden pedirnos que nos tomemos más tiempo para tomar la decisión. El motivo de esto podría ser que aún cuenta con más información para presentar al plan para ayudar a decidir su caso. Puede hacerlo llamando al 800.303.9626 o por escrito.

Usted o su representante pueden presentar una queja ante el plan si no están de acuerdo con nuestra decisión de tomarnos más tiempo para revisar su apelación al plan. Usted o alguien de su confianza también puede presentar una queja sobre el plazo de revisión ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 800.206.8125.

Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o si nos demoramos en tomar una decisión, excluyendo las extensiones, usted puede solicitar una audiencia imparcial. Consulte la sección Audiencia imparcial más adelante en este manual.

Servicios al Miembro 800.303.9626
Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Si no tomamos una decisión sobre su apelación al plan a tiempo, y alegamos que el servicio que usted está solicitando:

1) no era médicamente necesario, 2) era experimental o de investigación, 3) no era diferente de la atención que puede obtener de la red del plan, o 4) estaba disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades, se revertirá la denegación original. Esto quiere decir que se aprobará su solicitud de autorización de servicio.

Apelaciones externas

Usted tiene otros derechos de apelaciones si alegamos que el servicio que usted está solicitando:

- 1) no era médicamente necesario;
- 2) era un tratamiento experimental o de investigación;
- 3) no era diferente de la atención que usted recibe de la red del plan, o
- 4) estaba disponible de un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia correctas para satisfacer sus necesidades.

Para estos tipos de decisiones, usted puede solicitar al estado de Nueva York una **apelación externa** independiente. Se denomina apelación externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de Nueva York. El servicio debe estar en el paquete de beneficios del plan, ser un tratamiento experimental, un estudio clínico o un tratamiento de una enfermedad rara. Usted no tiene que pagar por la apelación externa.

Antes de solicitar una apelación externa:

- Debe presentar una apelación al plan y obtener la Determinación adversa definitiva del plan; **o**
- Si no recibió el servicio y usted solicita una apelación al plan rápida, también puede solicitar una apelación externa acelerada al mismo tiempo. Su médico deberá indicar que la apelación externa acelerada es necesaria; **o**
- Usted y el plan pueden acordar omitir el proceso de apelaciones del plan y continuar directamente con la apelación externa; **o**
- Usted puede probar que el plan no cumplió con las normas correctamente cuando procesó la apelación al plan.

Tiene **4 meses** después de recibir la Determinación adversa definitiva del plan para solicitar una apelación externa. Si usted y los representantes del plan acordaron omitir el proceso de apelación del plan, debe pedir la apelación externa dentro de los 4 meses posteriores al acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, complete una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para presentar una apelación. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información acerca de su problema médico. La solicitud de la apelación externa indica qué información será necesaria.

Servicios al Miembro 800.303.9626
Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

A continuación presentamos algunas maneras de obtener una solicitud:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 800.400.8882
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en dfs.ny.gov
- Póngase en contacto con el plan de salud al 800.303.9626

Su apelación externa se decidirá en un plazo de 30 días. Es posible que se necesite más tiempo (hasta cinco días hábiles) si el revisor de la apelación externa solicita más información. A usted y al plan se les informará la decisión definitiva en el término de dos días a partir de la toma de la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico indica que una demora le causaría daños graves a su salud; o
- Usted está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y el plan le deniega la atención hospitalaria.

Esto se denomina **apelación externa acelerada**. El revisor de la apelación externa decidirá una apelación acelerada en un plazo de 72 horas o menos.

Si usted solicitó tratamiento del trastorno por consumo de sustancias como paciente hospitalizado al menos 24 horas antes de ser dado de alta del hospital, continuaremos pagando su estancia si:

- usted solicita una Apelación al Plan rápida dentro de las 24 horas, Y
- usted solicita una Apelación Externa rápida al mismo momento.

Continuaremos pagando su estancia hasta que se tome la decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación al plan rápida en un plazo de 24 horas. La apelación externa rápida se decidirá en un plazo de 72 horas.

El revisor de la apelación externa comunicará la decisión a usted y al plan inmediatamente por teléfono o por fax. Posteriormente, se le enviará una carta que le informa la decisión.

Si usted solicita una apelación al plan y recibe una Determinación adversa definitiva que rechaza, reduce, suspende o detiene su servicio, entonces usted puede solicitar una audiencia imparcial. Usted puede solicitar una audiencia imparcial o solicitar una apelación externa, o ambas. Si solicita tanto una audiencia imparcial como una apelación externa, la decisión del funcionario de la audiencia imparcial será la que cuenta.

Audiencias imparciales

Debe solicitar una audiencia imparcial del Estado de Nueva York si:

- No está conforme con la decisión que tomó el Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud del estado sobre su permanencia o no en MetroPlusHealth Enhanced.

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

- No está conforme con la decisión que tomamos sobre restringir sus servicios. Si cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Cuenta con 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de intento de restricción para solicitar una audiencia imparcial. Si usted solicita una audiencia imparcial dentro de los 10 días posteriores al Aviso de intento de restricción, o antes de la fecha de entrada en vigor de la restricción, lo que sea posterior, puede seguir recibiendo los servicios hasta la decisión de la audiencia imparcial. Sin embargo, si usted pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.
- Si no está conforme con la decisión de que su médico no ordene servicios que usted quería. Si considera que la decisión del médico detiene o limita sus beneficios de Medicaid. Debe presentar una queja ante MetroPlusHealth Enhanced Si MetroPlusHealth Enhanced está de acuerdo con su médico, puede solicitar una apelación al plan. Si recibe una Determinación adversa definitiva, contará con 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.
- Si no está conforme con la decisión que tomamos sobre su atención. Si cree que la decisión limita sus beneficios de Medicaid. Si no está conforme que decidimos:
 - reducir, suspender o detener la atención que estaba recibiendo; o
 - denegar la atención que usted quería;
 - denegamos el pago de la atención que recibió; o
 - no le permitimos cuestionar un monto de copago, otro monto que usted debe o un pago que hizo para su atención médica.

Primero debe solicitar una apelación al plan y obtener una Determinación adversa definitiva. Contará con 120 días calendario a partir de la fecha de la Determinación adversa definitiva para solicitar una audiencia imparcial.

Si usted solicitó una apelación al plan y recibió una Determinación adversa definitiva que rechaza, reduce, suspende o detiene la atención que está recibiendo ahora, entonces puede seguir recibiendo los servicios que su médico solicitó mientras espera la decisión de la audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial dentro de los 10 días desde la fecha de la Determinación adversa definitiva o antes de la fecha en que esta medida entre en vigor, lo que sea posterior. Sin embargo, si elige solicitar la continuación de los servicios y pierde la audiencia imparcial, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

- Usted solicitó una apelación al plan, y el tiempo que teníamos para decidir sobre su apelación al plan expiró, incluyendo cualquier extensión. Si usted no recibe una respuesta a su apelación al plan o se demora en tomar la decisión, usted puede solicitar una audiencia imparcial.

La decisión que reciba del funcionario de la audiencia imparcial será definitiva.

Para solicitar una audiencia imparcial, puede hacerlo de una de las siguientes maneras:

1. Por teléfono: llame al número gratuito 800.342.3334
2. Por fax: 518.473.6735
3. A través de Internet: otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. Por correo: New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Cuando solicita una audiencia imparcial sobre una decisión que tomó MetroPlusHealth Enhanced, debemos enviarle una copia del **paquete de evidencias**. Es la información que utilizamos para tomar la decisión sobre su atención. El plan le dará esta información al funcionario de la audiencia para explicar nuestra acción. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, le llevaremos una copia del paquete de evidencias a la audiencia. Si aún no ha recibido el paquete de evidencias una semana antes de la audiencia, puede llamar al 800.303.9626 para pedirlo.

Recuerde que puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York en cualquier momento llamando al 800.206.8125.

También puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Teléfono: 844.614.8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)
Internet: icannys.org | **Correo electrónico:** ican@cssny.org

Proceso de reclamos

Quejas:

Esperamos que nuestro plan de salud le proporcione buenos servicios. Si tiene un problema, hable con su PCP o llame o escriba a Servicios al Miembro. La mayoría de los problemas pueden resolverse de inmediato. Si tiene un problema o un conflicto con su atención o sus servicios, puede presentar una queja ante el plan. Los problemas que no se resuelvan por teléfono y cualquier otra queja que llegue por correo se manejarán de acuerdo con el procedimiento de quejas que se describe abajo.

Puede llamar a Servicios al Miembro al 800.303.9626 si necesita ayuda para presentar una queja, o para seguir los pasos del proceso de quejas. Podemos ayudarlo si tiene alguna necesidad especial, como una discapacidad auditiva o de la vista, o si requiere servicios de traducción.

No le dificultaremos el proceso ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. También tiene el derecho de contactar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York sobre su queja llamando al 800.206.8125 o escribiendo a: Complaint Unit, Bureau of Consumer Services, OHIP DHP CO 1CP-1609, New York State Department of Health, Albany, New York 12237.

En su lugar, puede comunicarse con el número de teléfono de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York para quejas llamando al 800.597.8481.

También puede comunicarse directamente con el Departamento de Servicios Sociales local con respecto a su queja en cualquier momento. Puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York (800.342.3736) si su queja se debe a un problema de facturación.

Cómo presentar una queja ante el plan:

Usted mismo puede presentar una queja, o alguien más puede hacerlo en su nombre, como un familiar, amigo, médico o abogado. Usted y esa persona tendrán que firmar y fechar una declaración que deje por sentado que esa persona lo represente.

Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios al Miembro al 800.303.9626, de lunes a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. Si nos llama después del horario laboral, deje un mensaje. Nos comunicaremos con usted el siguiente día hábil. Si necesitamos más información para tomar una decisión, se lo informaremos.

Puede enviarnos una carta con su queja a:

MetroPlusHealth Health Plan
50 Water Street

Servicios al Miembro 800.303.9626
Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

o llamar al número de Servicios al Miembro y solicitar un formulario de queja. Deben ser enviadas por correo a:

MetroPlusHealth Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

Qué sucede luego:

Si no resolvemos el problema de inmediato por teléfono o después de haber recibido su queja por escrito, le enviaremos una carta en 15 días hábiles. La carta le informará sobre:

- quién trabaja en su queja
- cómo comunicarse con dicha persona
- si necesitamos más información

También puede proporcionar información para revisar su queja en persona o por escrito. Llame a MetroPlusHealth Enhanced al 800.303.9626 si no está seguro qué información darnos.

Una o más personas calificadas revisarán su queja. Si su queja involucra asuntos clínicos, uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su caso.

Después de que revisemos su queja:

- Le comunicaremos nuestra decisión en 45 días a partir de que tengamos toda la información necesaria para responder su queja, pero dicho plazo no excederá los 60 días posteriores a la recepción de su queja. Le enviaremos una carta en la que le indicaremos las razones de nuestra decisión.
- Cuando una demora pueda poner su salud en riesgo, le comunicaremos nuestra decisión en 48 horas a partir de que tengamos toda la información necesaria para responder su queja, pero dicho plazo no excederá los 7 días posteriores a la recepción de su queja. Nos comunicaremos con usted con respecto a nuestra decisión, o intentaremos contactarnos con usted para comunicárselo. Luego de nuestra comunicación, recibirá una carta en 3 días hábiles.
- Se le indicará cómo apelar nuestra decisión si no está de acuerdo e incluiremos cualquier formulario que pudiera necesitar.
- Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no tenemos toda la información necesaria, le enviaremos una carta para informárselo.

Apelaciones de quejas:

Servicios al Miembro 800.303.9626
Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su queja, usted puede presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

Cómo presentar una apelación de quejas:

- Si no está conforme con nuestra decisión, tiene al menos 60 días hábiles después de nuestra comunicación para presentar una apelación de queja.
- Usted mismo puede hacerlo o pedirle a alguien de su confianza que la presente en su nombre.
- La apelación de la queja debe presentarse por escrito. Si presenta una apelación de queja por teléfono, luego deberá hacerlo por escrito a:

MetroPlusHealth Health Plan
50 Water Street
New York, NY 10004
Attention: Complaints Manager

Qué sucede después de recibir su apelación de la queja:

Después de que recibimos su apelación de queja, le enviaremos una carta dentro de un período de 15 días hábiles. La carta le informará sobre:

- quién trabaja en su apelación de la queja
- cómo comunicarse con dicha persona
- si necesitamos más información

Una o más personas calificadas de un nivel superior al de las personas que tomaron la primera decisión sobre su queja revisarán su apelación de la queja. Si su apelación de queja está relacionada con asuntos clínicos, su caso será revisado por uno o más profesionales de atención médica calificados, con al menos un revisor clínico, que no estuvieron involucrados en la toma de la primera decisión sobre su queja.

Si contamos con toda la información necesaria, le informaremos nuestra decisión en un período de 30 días hábiles. Si un retraso puede poner en riesgo su salud, le daremos a conocer nuestra decisión en 2 días hábiles a partir de la fecha en que contamos con toda la información necesaria para tomar la decisión sobre la apelación. Se le proporcionarán las razones de nuestra decisión y nuestra justificación clínica, si corresponde. Si todavía no está conforme, usted o alguna persona en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 800.206.8125.

También puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa del Consumidor (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) para obtener asesoría gratuita e independiente sobre su cobertura, quejas y opciones de apelación. Pueden ayudarlo a manejar el proceso de apelación. Póngase en contacto con ICAN para obtener más información sobre sus servicios:

Servicios al Miembro 800.303.9626

TTY: 711

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

Teléfono: 844.614.8800 (Servicio de retransmisión TTY: 711)
Internet: icannys.org | **Correo electrónico:** ican@cssny.org

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO MIEMBRO

Sus derechos

Como miembro de MetroPlusHealth Enhanced, usted tiene derecho a:

- Ser atendido con respeto, sin importar su estado de salud, sexo, raza, color, religión, nacionalidad, edad, estado civil u orientación sexual.
- Que se le informe dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de MetroPlusHealth Enhanced.
- Que su PCP le informe lo que está mal, lo que se puede hacer y cuál será el resultado probable, en un idioma que usted comprenda.
- Obtener una segunda opinión acerca de su atención.
- Dar su aprobación de cualquier tratamiento o plan para su atención una vez que se le explique bien el plan.
- Rechazar la atención y que se le informen los riesgos posibles en ese caso.
- Rehusarse a inscribirse en un Hogar Médico y que se le informe cómo recibir las necesidades de atención física y de la salud conductual sin que se le haya asignado un Administrador de Atención del Hogar Médico.
- Obtener una copia de su historial médico y hablar con su PCP acerca del mismo y, de ser necesario, solicitar que se modifique o corrija su historial médico.
- Tener la certeza de que su historial médico es privado y no se compartirá con nadie, excepto según lo estipule la ley, el contrato o con su aprobación.
- Utilizar el sistema de quejas de MetroPlusHealth Enhanced para resolver quejas o presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York o New York State of Health en cualquier momento en que usted crea que no ha recibido un trato justo.
- Utilizar el sistema de audiencia imparcial del estado.
- Designar a una persona (pariente, amigo, abogado, etc.) para que hable en su nombre si usted no puede hacerlo por sí mismo acerca de su atención y tratamiento.
- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin que haya restricciones innecesarias.

Sus responsabilidades

Servicios al Miembro 800.303.9626

Crisis de Salud Conductual 866.728.1885

TTY: 711

Como miembro de MetroPlusHealth Enhanced, usted acuerda lo siguiente:

- Trabajar con su equipo de atención para proteger y mejorar su salud.
- Entender el funcionamiento del sistema de atención médica.
- Escuchar el consejo del PCP y hacer preguntas cuando tenga dudas.
- Llamar o regresar al consultorio del PCP si no mejora, o pedir una segunda opinión.
- Tratar al personal de atención médica con el mismo respeto que le gustaría que lo traten.
- Informarnos si tiene inconvenientes con el personal de atención médica. Llamar a Servicios al Miembro.
- Presentarse a las citas. Si debe cancelar una cita, llámenos lo antes posible.
- Usar la sala de emergencias únicamente cuando es verdaderamente una emergencia.
- Comunicarse con su PCP cuando necesita atención médica, incluso si es después del horario laboral.

Directivas anticipadas

Es posible que llegue un día en el que usted no pueda decidir sobre su propia atención médica. Al planificar con antelación, puede coordinar ahora para que se respeten sus deseos. En primer lugar, informe a la familia, a los amigos y a su médico qué tipos de tratamiento desea o no desea. En segundo lugar, puede designar a un adulto de su confianza para que tome decisiones en su nombre. Asegúrese de hablar con su PCP, su familia u otras personas cercanas para que ellos sepan qué desea usted. En tercer lugar, es mejor si pone sus deseos por escrito. Los documentos que aparecen abajo pueden ayudar. No tiene que hacerlo con un abogado, pero es posible que desee hablar con uno al respecto. Puede cambiar de parecer y cambiar estos documentos en cualquier momento. Podemos ayudarlo a que entienda y obtenga estos documentos. No cambian sus deseos de beneficios de atención médica de calidad. El único propósito es informarles a los demás qué es lo que desea si no puede hablar por sí mismo.

Poder Legal para Decisiones de Atención Médica

Con este documento, usted designa a otro adulto de su confianza (por lo general a un amigo o familiar) para que decida sobre su atención médica si usted está incapacitado para hacerlo. Si firma este documento, debe hablar con la persona que designa para que esté informada sobre lo que usted desea.

CPR y DNR

Usted tiene el derecho de decidir si desea algún tratamiento especial o de emergencia para reanimar su corazón o sus pulmones si se detiene su respiración o su sistema circulatorio. Si no desea un tratamiento especial, incluso la resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), debe establecer sus deseos por escrito. Su PCP establecerá la orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés) en su historial médico. También puede llevar consigo un formulario de DNR o un brazalete que informará a cualquier proveedor médico de emergencias sobre sus deseos.

Tarjeta de donante de órganos

Esta tarjeta del tamaño de una billetera informa que usted está dispuesto a donar partes de su cuerpo para ayudar a otros cuando muera. Además, en el reverso de su licencia de conducir puede informar a otros si y cómo desea donar sus órganos.

(Nota: Esta página se deja en blanco intencionalmente para permitir adaptaciones locales).

Números de teléfono importantes

Su PCP.....	
Servicios al Miembro de MetroPlusHealth Enhanced.....	800.303.9626
Otras Unidades (por ejemplo, Línea Directa de Enfermería, Revisión de la Utilización, etc.).....	
Su sala de emergencias más cercana.....	
Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Quejas).....	800.206.8125
Quejas de OMH.....	800.597.8481
Línea de quejas de OASAS.....	518.473.3460
Defensoría.....	888.614.5400
Servicios Sociales del condado.....	718.557.1399
Información sobre planes de atención administrada de Medicaid del NYS.....	800.597.8481
New York State of Health.....	855.355.5777
New York Medicaid Choice.....	800.505.5678
Línea Directa sobre el VIH/SIDA del NYS.....	
800.541.AIDS (2437)	
Español.....	800.233.SIDA (7432)
TDD.....	800.369.AIDS (2437)
Línea Directa de VIH/SIDA de NYC (inglés y español).....	311 o
	212.NEWYORK
	(639.9675)
Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro.....	
	800.542.AIDS (2437)
TDD.....	Sistema de retransmisión
	518.459.0121
Child Health Plus.....	800.541.2831
-Seguro médico gratuito o de bajo costo para niños	
Programa PartNer Assistance.....	800.541.AIDS
	(2437)
-En la Ciudad de Nueva York (CNAP).....	
	212.693.1419
Administración del Seguro Social.....	800.772.1213
Línea Directa de Violencia Doméstica del NYS.....	
	800.942.6906
Español.....	800.942.6906, presione
	2
Personas con Discapacidades Auditivas.....	
	800.942.6906, 711
Línea de Información sobre la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).....	
800.514.0301	

TDD..... 800.514.0383

Farmacia local.....

Otros proveedores de salud:

CHAMP..... 888.614.5400 (casilla
de correo) (Ombuds@oasas.ny.gov)

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)..... 844.614.8800
(Servicio de retransmisión TTY: 711)
Internet: icannys.org
Correo electrónico: ican@cssny.org

Sitios web importantes

MetroPlusHealth Enhanced

MetroPlusHealth.org/Plans/nyc-care-other/harp

Departamento de Salud del NYS

health.ny.gov

**OMH del
NYS**

omh.ny.gov

**OASAS del
NYS**

oasas.ny.gov

Información sobre VIH/SIDA del Departamento de Salud del NYS

[Instituto del SIDA \(ny.gov\)](https://www.ny.gov/information-hiv-aids)

Programas de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro del NYS

health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm

Directorio de recursos para pruebas del VIH

health.ny.gov/diseases/aids/general/resources

Departamento de Salud e Higiene Mental (DOHM) de la Ciudad de Nueva York (NYC)

1.nyc.gov

Información sobre VIH/SIDA del DOHMH de la NYC

nyhiv.com/office_of_aids_policy_dohmh_hiv_aids_bureau.html



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

MetroPlus Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles. **MetroPlus Health Plan** no excluye a personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MetroPlus Health Plan brinda lo siguiente:

- Servicios y ayudas gratuitos a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **MetroPlus Health Plan** al 1-800-303-9626. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **MetroPlus Health Plan** no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a **MetroPlus Health Plan** de las siguientes maneras:

Por correo: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004

Por teléfono: 1-800-303-9626 (para servicios de TTY/TDD,

llame al 711) Por fax: 1-212-908-8705

En persona: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004

Correo electrónico: Grievancecoordinator@metroplus.org

Usted también puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de las siguientes maneras:

Internet: Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Hay formularios de queja disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Language Assistance

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711) .	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-303-9626 (TTY: 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-303-9626 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-303-9626 (телетайп: ТТУ: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপদন বা লক্ষ্য কথা বলেত পাতেন, োহতল দনঃখেচায় ভাষা সহােয়া পদেতষবা উপলব্ধ আতো ফান করুন ১- 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Benga
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1- 800-303-9626 (TTY: 711)	Urdu